Rok XLII. Kraków 26 Grudnia 1903. Nr. 52.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. W sprawie śródtorebkowego wyłuszczenia przerosłego gruczołu krokowego.

Podał
L. Rydygier,
c. k. Radca Dworu.

W ostatnich czasach okazały się trzy prace, jedna po drugiej, omawiające operacyjne leczenie przerostu gruczołu krokowego: Riedla[1]), O. Zuckerkandla[2]) i Voelckera[3]).

Riedel w sposób, sobie właściwy, podnosi nietylko najważniejsze szczegóły, odnoszące się do techniki operacyjnej, lecz nie pomija także uwag, tyczących się wskazań. Z autorem tym, który ostatecznie przyznaje, żeśmy oba szli tym samym torem myśli — ja prędzej, on później — zgodzić się mogę całkowicie.

Natomiast na twierdzenia O. Zuckerkandla i Voelckera nie mogę przystać bez pewnych zastrzeżeń. Obom przypomnieć muszę, że już w roku 1900[4]) zaproponowałem częściowe wyłuszczenie przerosłego gruczołu krokowego, do tej samej sprawy powracałem w r. 1901[5]) i 1902[6]), mówiąc wyraźnie o śródtorebkowem wyłyżeczkowaniu, wzgl. resekcyi stercza i opisując szczegółowo technikę operacyjną. Mimoto tych prac moich O. Zuckerkandl nie przytacza, jakkolwiek piśmiennictwo uwzględnia wcale dokładnie i uskarża się, że nie uwzględniono dostatecznie jednej z jego dawniejszych prac, a w przypisku z całym naciskiem zastrzega dla siebie pierwszeństwo w podaniu łukowatego cięcia przedprostniczego. A przecież metoda przezemnie podana różni się zasadniczo od metod Aleksandra, Nicolla, Jaboulaya, Freyera i t. d.; inną też jest od sposobu używanego przez Czernego, a opisanego przez Voelckera i odmienną od metody O. Zuckerkandla. Zasłużyła więc na uwzględnienie, jako też nie pominął jej Riedel i Sonnenburg i Mühsam (Podręcznik techniki operacyjnej, str. 213).

Myślą przewodnią była dla mnie idea stworzenia takiej metody operacyjnej, któraby nie narażała wyniszczonych zwykle starców na większe niebezpieczeństwa. W kilku słowach raz jeszcze uzasadnię moje postępowanie:

1) Wybrałem cięcie wzdłuż szwu międzykrocza (od nasady moszen aż do przedniego obwodu rzyci), jako najmniej obrażające. Z cięcia tego mogłem zupełnie swobodnie wyłyżeczkować stercz śródtorebkowo. Tu już zaznaczam, że nie staram się wcale „o całkowite wyłuszczenie przerosłego gruczołu krokowego“, jak tego żąda O. Zuckerkandl, a nie staram się dla słusznych przyczyn, o czem pomówię niżej. W przypadkach trudniejszych cięcie łukowato poprzeczne O. Zuckerkandla, zalecone pierwotnie do odsłonięcia tylnej powierzchni stercza, ułatwiłoby może operacyę, a w większym jeszcze stopniu cięcie Riedla (poprzeczne łukowate z dodatkiem podłużnego przez całe międzykrocze aż po nasadę moszen). Cięcia te są jednak bardziej obrażające, niż proste cięcie wzdłuż szwu międzykrocza.

2) Torebkę przecinam zawsze dwoma cięciami ponad płatami bocznymi, rozpoczynając raz po lewej, drugi raz po prawej stronie. Cięcia te, zawsze na 1—2 cm. oddalone od linii środkowej, przebiegają w kierunku podłużnym. Tak samo postępuje Riedel. Przecinanie torebki w linii środkowej, jak to czynią Voelcker (Czerny) i O. Zuckerkandl uważam za postępowanie mniej się zalecające. W linii bowiem środkowej leży przesmyk stercza, łączący oba płaty boczne; a ponieważ cięcie to leży bezpośrednio ponad cewką, niebezpieczeństwo uszkodzenia jej staje się tem większem.

3) Nie mogę się na to zgodzić, aby umyślnie i zaraz w początku operacyi otwierać cewkę, jak tego życzy sobie O. Zuckerkandl i i. Stanowczo oświadczam się przeciw takiemu otwieraniu cewki, a jeszcze bardziej przeciw otwieraniu pęcherza. Voelcker powiada: „Po skończonej operacyi znachodzimy na dolnej ścianie części kroczowej cewki i w szyjce pęcherza szczelinowatą ranę, niekiedy z wystrzępionymi brzegami, zachowaną jednak została ciągłość tych narządów.“ Nie dziwię się wcale, że po operacyi tak wykonanej, Voelcker podaje następujące wyniki: na 11 operacyi 2 razy nastąpiło zejście śmiertelne (przyp. 9 i 10); 2 razy stała przetoka na międzykroczu (przyp. 5 i 11); 3 razy uszkodzenie prostnicy (przyp. 2, 6 i 10). — „Raz obserwowaliśmy następowe zwężenie cewki w miejscu operacyi. W przypadku tym gruczoł krokowy został w całości wyjęty“.

Skutkiem uszkodzenia cewki moczowej, a jeszcze bardziej pęcherza, operacya, głównie dzięki bardzo zawikłanemu leczeniu następowemu, staje się bez porównania niebezpieczniejszą. Usilnem dążeniem naszem powinno być, aby w miarę możności unikać każdego umyślnego czy przypad

---

[1]) Ueber die Totalextirpation der hypertrophischen Prostata (Wien. klin. Wchschr. Nr. 44. 1903).

[1]) Ueber die Excochleatio Prostatae (Deutsche med. Wchschr., Nr. 44).

[3]) Bahandlung der Prostatahypertrophie mit perinealer Prostatectomie (Langenbecks Archiv. t. 71, Z. 4).

[4]) „Zur Behandlung der Prostatahypertrophie« (Krótki referat w Central. f. Chir. 1900, Nr. 46, pag. 1002).

[5]) Verhandl. d. deut. Gesell. f. Chir. 1901, pag. 19 i w Centrbl f. Chir. 1901 Beil.

[6]) Die intrakapsuläre Prostataresection als Normalverfahren bei Prostatahypertrophie (Ctrbl. f. Chir. 1092, Nr. 41).

kowego uszkodzenia cewki, względnie pęcherza, co niestety aż nazbyt często wbrew najlepszym naszym zamiarom nie udaje się. A gdy w ogłoszeniu O. Zuckerkandla czytam, że jemu mimo zasadniczego otwierania cewki moczowej na wstępie operacyi, bardzo często nie udawało się uniknąć jej uszkodzenia przypadkowego w dalszym przebiegu operacyi, nie mogę żadną miarą przychylić się do tego sposobu postępowania. Wśród tych bowiem warunków główny argument O. Zuckerkandla i in., że lepiej mieć do czynienia z raną o brzegach gładkich, ciętych, niż z raną o brzegach poszarpanych, traci racyę bytu. Dotychczasowe bowiem doświadczenie tego właśnie autora wykazuje najlepiej, że jedno nie chroni przed drugiem. Pracując nad techniką tej operacyi, dążyłem do tego, aby unikać tych przypadkowych obrażeń cewki moczowej. Z tego powodu w miejsce pierwotnego wyłyżeczkowania stercza zaproponowałem śródtorebkową resekcyę płatów bocznych. I spodziewam się, że w przyszłości uda mi się stanowczo uniknąć przypadkowych uszkodzeń cewki, przez pozostawienie *in situ* tkanki gruczołowej, tuż obok cewki położonej. Przekonany jestem, że w każdym razie wskazanem jest bardziej dążenie w tym kierunku, aby nauczyć się, jak unikać przypadkowych czy umyślnych uszkodzeń cewki, pęcherza lub prostnicy, aniżeli troska o całkowite i doszczętne usunięcie stercza.

4) Przeciwnie, całkowitego śródtorebkowego wyłuszczenia gruczołu krokowego, jak to zapowiada tytuł pracy O. Zuckerkandla, nie uznaję za rzecz konieczną; nie mówiąc już o tem, że jest to rzeczą *sensu strictiori* niewykonalną, o ile chodzi o operacyę śródtorebkową, a w każdym razie niebezpieczniejszą, niż częściowe wyłyżeczkowanie lub odcięcie. Uszkodzenie ścian cewki moczowej przy całkowitem wyłuszczeniu stercza staje się niemal nieuniknionem, jeśli zważymy, że w części kroczowej cewka moczowa prócz błony śluzowej nie posiada ściśle odgraniczonych własnych ścian. Nadto praca Voelckera dostarcza dowodów, że przy usiłowanem całkowitem wyłuszczeniu stercza pęcherz i prostnica równie łatwo mogą być uszkodzone. Także w ogłoszeniu O. Zuckerkandla spotykam jeden przypadek uszkodzenia prostnicy, a dwa razy wzmiankę o owrzodzeniach odleżynowych kiszki, powstałych w 4 tygodnie po operacyi. Gdyby utrzymaną została choćby tylna ściana torebki stercza, z pewnością jedwabny cewnik nie byłby w stanie spowodować odleżyny.

Aby uniknąć wszystkich tych niebezpieczeństw i uczynić operacyę tę jak najmniej niebezpieczną, zaleciłem w miejsce zwykłej dotychczasowej *prostatectomiae perinealis*, śródtorebkowe wyłyżeczkowanie stercza od międzykrocza, które jest niewątpliwie usprawiedliwionem w gruczolakowej formie przerostu tego narządu. Przy przeroście jednostajnym rozlanym odpowiedniejszą jest resekcya obu płatów bocznych z pozostawieniem pasma tkanki tuż obok cewki, której przebieg zaznaczamy grubym cewnikiem podczas operacyi.

Tym sposobem także może udałoby się uniknąć uszkodzenia przewodów nasiennych, które, jak wiadomo, dążą przez miąższ gruczołowy w odległości około 6 mm od cewki. Okoliczność ta nie jest bez znaczenia, zwłaszcza o ile chodzi o mężczyzn młodszych, w początkach przerostu gruczołu krokowego. Do tej sprawy powrócę jeszcze. Sprawy przewodów nasiennych nie poruszono dotychczas w żadnej publikacyi, a rzecz warta zastanowienia. Nad sprawą tą nie można milcząc przejść do porządku dziennego. Gdyż 1) przerost gruczołu krokowego objawia się nierzadko już około 50 r. ż., a 2) nawet mężczyźni 60-letni nie godzą się bez zastrzeżeń na umyślne uszkodzenie ich czynności płciowych. Wszakżeż w czasach, kiedy to jeszcze często zalecano wytrzebienie przeciw przerostowi gruczołu krokowego, wiekowi starcy nie chcieli za taką cenę odzyskać zdrowia i nie zgadzali się na wytrzebienie. W tem miejscu chciałbym w kilku słowach wspomnieć o jednym chorym w wieku dwudziestu paru lat, u którego wyłyżeczkowałem gruczoł krokowy z powodu gruźlicy. Operowany po roku zgłosił się do kliniki skarżąc się, że od czasu operacyi nie odczuwa wcale popędu płciowego, a gdy mimoto od czasu do czasu spółkował, sądząc, że tym sposobem zapobieże bolesnym zmazom nocnym, (może skutkiem załamania przewodów wytryskowych w tkance bliznowatej), nie doznawał w czasie tego aktu żadnej przyjemności, a tylko ból. Na takie następstwo operacyi proszę zwrócić uwagę; a wydarzyć się musi tem pewniej, im doszczętniej usuniemy tkankę gruczołową.

Wracając do rozprawy O. Zuckerkandla, zwrócić muszę uwagę jeszcze na jedno powikłanie, które uznać należy za następstwo całkowitego usunięcia stercza. Mianowicie w dwóch jego przypadkach już po wyleczeniu wystąpiło mimowolne wyciekanie moczu kroplami, zwłaszcza podczas kaszlu i w postawie stojącej. Coś podobnego nie zdarzyło się żadnemu z moich pacyentów, ani też Riedel nie wspomina o takiem powikłaniu. Jeżeli sobie przypomnimy, że gruczoł krokowy jest nietylko narządem wydzielniczym, lecz równocześnie odgrywa niepoślednią rolę jako narząd zamykający pęcherz, zrozumiemy, że po całkowitem jego usunięciu nastąpić musi niedomykalność pęcherza.

Z drugiej zaś strony nie mogę sobie wyobrazić, dlaczegoby śródtorebkowa resekcya gruczołu lub częściowe jego wyłyżeczkowanie nie miały dać wyniku zadowalniającego. Takiemu mniemaniu nie sprzeciwia się bynajmniej dotychczasowe doświadczenie, a popiera je porównanie z wolem, którego użyłem w jednej z poprzednich publikacyi. Otwarcie wielu zaułków w przerosłym sterczu i następowe bliznowate zmniejszenie całego gruczołu, nie może pozostać bez wpływu na lepsze ukształtowanie się warunków dla odpływu moczu, tak jak po resekcyi wola oddech dzięki zniesionemu uciskowi na tchawicę staje się swobodnym. Nie byłoby pożądanego wyniku pooperacyjnego chyba wówczas, gdyby przeszkodą dla odpływu moczu był jedynie i wyłącznie przerosły płat środkowy. W tych jednakowoż przypadkach śródtorebkowe usunięcie płatów bocznych, jakimkolwiekby ono było wykonane sposobem, pozostanie zawsze bez skutku i jest poprostu w tych razach przeciwwskazanem.

Dotychczasowe doświadczenie nie pozwala na jakikolwiek dodatni lub ujemny sąd co do częstości nawrotów tego cierpienia po śródtorebkowem wyłyżeczkowaniu lub resekcyi gruczołu krokowego. Riedel przypuszcza, że w razie nawrotu możnaby po pewnym czasie operacyę bez trudności powtórzyć. Główną rzeczą pozostanie, aby zabieg uczynić jak najmniej niebezpiecznym.

To są powody, dlaczego ja pozostaję i pozostanę przy swojej metodzie śródtorebkowego częściowego wyłyżeczkowania, względnie resekcyi gruczołu krokowego i nie przyjmę

ani metody O. Zuckerkandla — całkowitego wyłuszczenia stercza, ani podobnego sposobu, opisanego przez Voelckera z kliniki Czernego.

Na zakończenie jeszcze słówko w kwestyi wskazań. Wspólnie z Riedlem mniemam, że operacyę tę zalecać się winno we wcześniejszych okresach przerostu gruczołu krokowego. Rękoczyn ten, wykonany tak, jak ja go opisałem, jest wolnym od wszelkich niebezpieczeństw i chroni przed niemiłemi przypadkowemi powikłaniami. Czem zaś prędzej usuniemy przeszkodę dla odpływu moczu, tem pewniej i skuteczniej uchronimy pęcherz i nerki od niekorzystnych następstw, mogących wyniknąć z przerostu gruczołu krokowego.

II. Z kliniki chorób nerwowych i umysłowych prof. Jauregg-Wagnera we Wiedniu.

Histerya z pozorami tężyczki.

Podał

Kazimierz Orzechowski.

Sądząc z liczby prac, ogłoszonych o tym przedmiocie i z liczby zebranych przypadków, histerya, naśladująca tężyczkę, zdarza się bardzo rzadko. Krafft-Ebing znalazł w całem piśmiennictwie niemieckiem zaledwie sześć przypadków, włączając i własne. Z tego więc już powodu podanie kazuistyki z zakresu tężyczki pozornej na tle histeryi budzić powinno pewne zainteresowanie naukowe. Rozważanie historyi chorób, oraz stanu znalezionego u chorych, nasuwają w dalszym ciągu wnioski, które z korzyścią spożytkować się dadzą dla celów różniczkowego rozpoznania i etyologii tężyczki wogóle. Wspomnieć bowiem należy o teoryi autorów francuskich, która wogóle przyjmuje histeryę za podstawę i tło tężyczki; nie istnieje więc, w myśl tej teoryi, ściśle wyosobniona jednostka chorobowa, określana dotychczas mianem tężyczki, a zdarza się jedynie, i to rzadko, zbiór objawów tężyczkowych (*syndrome tetanique*) u osób histerycznych. Przypuszczenie to tłómaczy się rzadkością tężyczki we Francyi, nieuwzględnianiem charakterystycznej etyologii i typowych znamion klinicznych choroby, przedewszystkiem zaś objawu Erba. Powodem nieuznawania odrębności tężyczki przez francuzów było również i to, że wysuwają oni na czoło klinicznych objawów tężyczki kurcze; wybierając zaś z rozlicznych przypadków skłonności do kurczów *(diathèse de contracture)* te, w których kurcze nadają kończynom obraz podobny do tężyczkowego, uważają je za przypadki tężyczki. Tymczasem przypadki te autorów francuskich mają jedynie powierzchowne podobieństwo, ograniczające się do jednego szczegółu, mniej lub więcej typowego skurczu, wskutek czego nie są one nawet udatnem naśladownictwem tężyczki.

Podając w dalszym ciągu opis przypadków własnych, zestawimy je dla porównania ze spostrzeżeniami innych autorów.

I. *S.*, lat 18, wolna, służąca. Ojciec umarł przed 16 laty na zapalenie płuc. Matka żyje i jest zdrową. Chora ma siedmioro rodzeństwa, wszyscy zdrowi. Brak obciążenia dziedzicznego. Chora jako dziecko miała przebyć zapalenie płuc. W 17 roku życia poraz pierwszy wystąpiła miesiączka i od tej pory miesiączkuje regularnie.

Choroba obecna rozpoczęła się dnia 5 lutego, o godzinie $7^1/_2$ rano; do tego czasu pacyentka była zdrową. Wróciwszy z zakupów do domu uczuła nagle pewnego rodzaju niedomaganie w lewej kończynie górnej i zauważyła, że ręka jest sztywną. Żadnej przyczyny tego stanu podać nie umie; ani wstrząśnienie psychiczne, ani uraz fizyczny nie poprzedziły wybuchu choroby. Kosz na kupno niosła chora, jak zwykle, na ramieniu prawem. Ostatnia miesiączka skończyła się przed 6 dniami (30 stycznia). Chora dodaje, że zesztywnieniu lewej ręki nie towarzyszyło wcale uczucie bolu, jak również, że do chwili zjawienia się w ambulatoryum o godzinie 11 rano d. 5 lutego, mimo utrzymywania się skurczu, nie uczuwała w ręce ani parestezyi, ani bolu.

Stan obecny w dniu 5. II. 1903. Chora wzrostu średniego, wątłej budowy kośćca, dość dobrze odżywiona. Narządy wewnętrzne bez zmian. Nieznacznej wielkości wól środkowego płata ma istnieć rzekomo od roku. Ciepłota ciała prawidłowa. Obwód czaszki 53 ctm. guzy czołowe nieco wypuklone, brak objawów zwyrodnienia. Chora nie doświadcza bolu głowy, ograniczonego do jednego punktu *(clavus)*. Odruchy uszny i nosowy prawidłowe. Odruchy: podniebienny i połykowy obustronnie obniżone w jednakim stopniu. Odruchy spojówkowe po obu stronach żywe, spojówki gałkowe natomiast mniej wrażliwe. Odruch żuchwowy lekko spotęgowany. Objaw Chwostka po stronie lewej daje się wywołać z trudnością, po prawej wyraźny. Czucie na tułowiu prawidłowe, brak bolesności dotykowej sutków, okolicy jajników i słosu kręgowego. Odruchy powłok brzusznych po obu stronach żywe; kolanowe nieco spotęgowane. Odruchy ścięgna Achillesa i podeszwowe nieco obniżone.

Pacyentka trzyma rękę lewą przegiętą ku dłoni w stawach śródręcza i palców pod kątem około 110°; kciuk przeciwstawiony i przywiedziony do ręki. Palce znachodzą się w jednym szeregu, cokolwiek odmiennie, jak to ma miejsce zazwyczaj w tężyczce. Głębokie odruchy kończyn górnych obecne, może nieco podwyższone. Objawu Trousseau'a mimo blizko 10-minutowego podwiązania nie można wywołać. Brak zaburzeń czucia głębokiego. Badanie czucia skórnego wykazuje znieczulenie na dotyk i obniżenie czucia bolu w ręce lewej i lewem przedramieniu, urywające się na linii poprzecznej, idącej przez staw łokciowy lewy. Objaw Biernackiego po obu stronach wyraźny. Objaw Erba ujemny:

Prąd galwan. na pień VII. . . . . . . po stronie lewej 2·6 MA.
» » » » » . . . . » » prawej 1·9 MA.
» » » nerw łokciowy po str. prawej i lewej przy 2·0 MA.
Kat. SZ >.

Wyraźne podniesienie mechanicznej pobudliwości mięśni lewego przedramienia.

Badanie perymetrem nie wykazuje zmian w polu widzenia.

Przy powtórnem badaniu dn. 6. II. 1903 pacyentka dość dobrze porusza ręką lewą. Opowiada, że już wczoraj wieczorem było jej lepiej, że skurcz ręki zelżał trochę, a w nocy ustał zupełnie. Wyraźne wczoraj obniżenie czucia bolu na przedramieniu i ręce aż po staw łokciowy obecnie znikło. Równocześnie z polepszeniem się stanu ręki wystąpił szczękościsk. Wieczorem chora zauważyła, że nie może zupełnie otwierać ust i uczuwała pewne napięcie mięśni twarzy. Rano po zbudzeniu się przekonała się, że wcale nie może ust otworzyć. Badanie stwierdza szczękościsk; pacyentka mówi przez zęby i nie może otworzyć ust mimo zachęty i energicznego przynaglania. Wspomnieć należy, że dnia poprzedniego kilkakrotnie badano odruch żuchwowy, przez co zwrócono prawdopodobnie uwagę chorej na mięśnie żuchwy. Objawu Chwostka dzisiaj wywołać nie można.

Leczenie: Po krótkiem zastosowaniu silnego prądu faradycznego szczękościsk ustąpił i chora natychmiast poczuła się zupełnie zdrową; ponieważ dobry stan zdrowia utrzymywał się stale, chorą wypuszczono z kliniki.

II. *W. B.*, lat 25, kucharka. Ojciec umarł w 61 roku życia na zapalenie płuc, matka w 51 r. ż., rzekomo na zapalenie otrzewnej. Rodzeństwa pięcioro, zdrowi. Chora nie przypomina sobie, czy przechodziła jakąkolwiek chorobę. Miesiączkować poczęła w połowie 15 r. życia; między 16 a 17 rokiem życia miesiączkowanie z niewiadomej przyczyny ustało, potem jednak wróciło i po dziś dzień odbywa się prawidłowo.

Chora podaje, że zawsze była nerwową. Z byle jakiej przyczyny popadała w drżenie, raz zaś, było to mniej więcej w 12 roku życia, wskutek przestrachu utraciła mowę na kilkanaście minut.

Przed miesiącem po wyrwaniu dwóch zębów wystąpił u chorej napad, połączony z utratą przytomności, trwający 10 do 15 minut. Po ocuceniu się nie mogła chora mówić około kwadransa, przyczem słyszała i rozumiała wszystko, co do niej mówiono. Równocześnie w cza-

sie tej przemijającej niemoty uczuwała silne bole w kończynach górnych i zauważyła, że nie może wyprostować ramion, ani otworzyć pięści, które przybrały charakterystyczne ułożenie ręki położnika. Powoli skurcz rąk ustąpił. W kilka dni później wystąpił znowu tężcowy skurcz lewej kończyny górnej, przyczem obie kończyny dolne okazywały silne drżenie. Napad trwał blizko 10 minut. Nadto powtórzyły się jeszcze dwa razy te napady kurczów tężcowych, przebiegały z silnymi bólami w kończynie i występowały zawsze po wzruszeniach. Utrata przytomności nie zdarzyła się już ani razu. Ostatnie trzy napady zajmowały jedynie lewą kończynę górną.

Stan obecny. Pacyentka średniego wzrostu i miernego odżywienia, źrenice prawidłowe, dobrze oddziaływające na światło. Odruchy: spojówkowy, rogówkowy, uszny, nosowy, podniebienny i połykowy zachowują się prawidłowo. Odruch żuchwowy wzmożony. Objaw Chwostka daje się wywołać obustronnie. Mechaniczna pobudliwość mięśni wogóle nie jest zwiększoną. Wszystkie odruchy ścięgniste spotęgowane, zwłaszcza odruchy kolanowe. Odruch powłok brzusznych istnieje. Objaw Trousseaua nie daje się wywołać. Badanie pobudliwości nerwowej.

N. łokciowy lewy 1 MA.
N. łokciowy prawy 1·4 MA.

Wobec prądu faradycznego nie okazują zwiększenia pobudliwości nerwy: łokciowy, twarzowy i strzałkowy. Przy badaniu czucia lewa połowa ciała okazuje lekką nadbolesność na dotknięcie ostrem końcem szpilki. Również dotknięcia główką szpilki zostają silniej odczute po całej stronie lewej ciała. Stan ten zauważyła sama pacyentka mniej więcej od roku. Po zastosowaniu terapii bromowej ustąpiły zaburzenia czucia, objaw Chwostka zniknął, napady zaś kurczów również się więcej nie powtórzyły.

W obu tych przypadkach rozpoznanie histeryi zdaje się być pewnem. Jeśli w pierwszym przypadku moglibyśmy myśleć o tężyczce, to musielibyśmy przyjąć jej postać samoistną, brak tu bowiem etyologii, gdy wykazanie małego wola, istniejącego od roku, musimy uważać za niewystarczające. Za przyrodą histeryczną przypadku pierwszego przemawia mimo braku przyczyny wywołującej, jednostronność skurczu, niezupełna jego typowość, dalej to, że skurcz odrazu, osiągnąwszy toniczne natężenie, trwał bez zmiany czas dłuższy, w ciągu kilkunastu godzin. Wystąpieniu i trwaniu skurczu ręki nie towarzyszą wcale parestezye. Na obszarze, zajętym przez skurcz, skóra okazuje znieczulenie i zmniejszone czucie bolu, urywające się mankietowo w okolicy stawu łokciowego. W dzień po wystąpieniu znika bez śladu skurcz ręki, a wraz z nim zaburzenie czucia; kilkakrotne usiłowanie w celu wywołania odruchu żwaczy skierowuje uwagę pacyentki ku twarzy, wskutek czego szczękościsk, który, jak powstał pod wpływem samopoddawania, tak też znika natychmiast po jednorazowem zastosowaniu prądu faradycznego. Objaw Biernackiego po obu stronach. Oto dane, które przemawiają przeciwko tężyczce, a raczej za histeryą. Z objawów tężyczkowych mieliśmy objaw Chwostka i skurcz lewej ręki, którego wejrzenie naprowadzało na myśl przypuszczenie tężyczki. Skurcz ten jednak musimy z przytoczonych wyżej powodów uznać za histeryczny.

Za tem, że nie mamy tu spółistnienia obu cierpień, histeryi i tężyczki, że z tężyczką zgoła do czynienia nie mamy, przemawia brak objawu Trousseau'a i Erba, a obok nietypowości skurczu, zachowanie się objawu Chwostka: w pierwszym dniu wyraźny po stronie prawej, ledwozaznaczony po lewej, nazajutrz znika zupełnie. Czas trwania choroby wynosi dwa dni, nawrotu nie było.

W przypadku tym odruchy były prawidłowe, albo nieco podwyższone.

Przechodząc do drugiego przypadku również możemy rozpoznać jedynie histeryę. U dziewczyny nerwowej, która przechodziła napady, prawdopodobnie natury histerycznej, występuje po urazie mechanicznym śród napadu obustronny skurcz rąk, podobny do tężyczkowego. Za histeryą przemawiają znamiona w postaci połowiczej przeczulicy na ból i dotyk. Wprawdzie daje się stwierdzić obustronnie objaw Chwostka; następne trzy napady, lubo jednostronne, występują już bez domieszki objawów histerycznych; silne bole i parestezye poprzedzają napady i towarzyszą im; brak jednak objawów Trousseau'a i Erba, co wyklucza rozpoznanie tężyczki.

W przypadku tym wszystkie odruchy były znacznie podniesione.

Przypadki zaczerpnięte z piśmiennictwa w streszczeniu przedstawiają się, jak następuje:

III. *Nikolajewic*[1]). Służąca, lat 26 licząca, ulega od 14 roku życia po wzruszeniach napadom lęku przysercowego, parestezyi w palcach rąk, kurczów głośni, przyspieszenia oddychania; objawy te przechodzą w bolesne, trwające około 3 minut skurcze, z wejrzenia tężyczkowe, rąk i nóg. W początku napadu dają się wykazać objawy Chwostka i Trousseau'a; po ustaniu skurczu pozostają podwyższone odruchy kolanowe i parestezye w rękach. W przerwach znika objaw Chwostka i Trousseau'a. W dalszym przebiegu choroby po wymienionych zwiastunach występowały w napadach zamiast skurczów tężyczkowych typowe kurcze histeryczne całego ciała, z bólem głowy na wstępie, ograniczonym do jednego miejsca. Raz obserwowano przejście kurczów histerycznych w tężyczkowe. Nigdy nie stwierdzono objawu Erba. Bezpośrednio po napadzie stwierdzano bardzo spotęgowane odruchy kolanowe.

IV. *Blažiček*[2]). Uczeń 14 lat, obarczony dziedziczne; raz doznaje bolesnych skurczów w dłoni prawej (w pięści) lub w obu rękach, innym razem kurcze występują w dolnych kończynach. Objaw Trousseaua dodatni, występuje jednak niezwykle: palce zwijają się w kułak, kciuk wciągnięty pod nimi; ręka w stawie nadgarstkowym wyprostowana, brak parestezyi; skurcz występuje natychmiast po podwiązaniu, a znika zaraz po wyciągnięciu kciuka z pięści złożonej w kułak. Również ucisk, wywarty na dół podkolanowy, wywołuje skurcz stóp. Skurcze można było wywoływać i usuwać przez poddawanie. Stwierdzono piętna histeryczne i brak objawów Chwostka i Erba.

V. *Krafft-Ebing*[3]). Pokojowa, 32 lat, wolna, nieobarczona dziedzicznie. Miesiączkowaniu towarzyszy ból głowy i stan przygnębienia. Kurcze datują się od silnego wzruszenia (zawiedziona miłość), trwają z przerwami od 3 lat. Od trzech tygodni stale co wieczór doznaje pacyentka bolesnych skurczów w obu rękach: palce przytem zbijają się kurczowo w kułak, ręka zgina się w stawie napięstkowym; przy silniejszych napadach nawet stawy łokciowy i barkowy ulegają przykurczeniu wyprostnemu. Czasem występował skurcz wyprostny w kończynach dolnych, albo kończyny bywały zgięte, skręcone. Napady te występowały 4 do 8 razy w nocy, trwając po 5—6 minut. We dnie występowały tylko wtedy, gdy chora się położyła. Po napadzie obfite moczenie kurczowe (*urina spastica*). Napadom towarzyszy czasem lęk i bicie serca, kilka razy utrata przytomności. Brak znamion histerycznych, objawów Chwostka i Trousseaua; objawu Erba nie badano.

VI. *Krafft-Ebing*[4]). Chory, z zawodu stolarz, cierpi na napady od czasu silnego przeziębienia. Ręka prawa w typowem ułożeniu; brak bolów, natomiast chory doznaje w niej rodzaju znieczulenia. Objaw Chwostka wyraźny, Erba ujemny, Trousseaua daje się wywołać przez ucisk na wewnętrzny rowek mięśnia dwugłowego, nie występuje zaś po podwiązaniu. Uderza natychmiastowość objawu i ograniczanie się skurczu na obszar, zaopatrywany przez oba zginacze palców,

[1]) Wien. klin. Wochenschrift, 1893, str. 521.

[2]) Blažiček: Wien. klin. Wochenschrift, 1896, str. 373. Pseudotetanie vorgetäuscht durch Hysterie.

[3]) R. v. Krafft-Ebing: Pseudotetanie. Prager medicinische Wochenschrift XXIV. Nr. 14, 1899.

[4]) *L. c.*

oraz brak parestezyi. Kończyna lewa górna zupełnie prawidłowa. Górna kończyna prawa okazuje obniżenie czucia dotyku i bolu, kończące się w prostej linii poprzecznej na stawie barkowym, nasilające się zaś obwodowo tak, że u nasady ręki przechodzi w zupełne znieczulenie. Brak czucia bryłowatości przedmiotów (stereognozyi) w prawej ręce; brak czucia głębokiego w stawach palców; w nadgarstkowym jest ono upośledzonem Jedyne znamion histeryczne: brak prawego odruchu podniebiennego i połykowego. Mechaniczna pobudliwość obu n. łokciowych wzmożona. Po zwolnieniu skurczu drżą palce ręki prawej.

VII. *Krafft-Ebing*[4]). Robotnica, 35 lat, zawsze nerwowa, cierpi od śmierci matki (przed 3 laty) na objawy histeryczne w postaci zawrotów głowy z utratą przytomności, ze zwiastunowem uczuciem ściskania w okolicy serca i w głowie. Czynnikiem wywołującym są wzruszenia. Po napadach pacyentka stawała się przybitą, osłabioną, okazywała skłonność do płaczu, niechęć co życia. Po dwóch latach tego dołączyły się do napadów tych przykurczenia rąk i nóg, które zwykle trwały jeszcze do 10 minut po przejściu utraty świadomości. Skurcze te w kończynach dolnych i górnych często łudząco naśladowały tężyczkowe i przebiegały z zaburzeniami czucia; zresztą jednak bywały wielopostaciowe, często jednostronne, często dołączały się do nich tak zw. »klonizmy«. Objaw Trousseau a występował odrazu po uciśnięciu, bez parestezyi. Objawów Chwostka i Erba brak. Pobudliwość mechaniczna nerwów kończyn górnych i dolnych podwyższona. Głębokie odruchy spotęgowane, często drganie nogi. Brak zaburzeń czucia.

VIII. *Schlesinger*[5]). Nauczycielka, 25 lat, ulega ciężkiej postaci histeryi z trwałem i rozległem zaburzeniem czucia i znacznem zwężeniem pola widzenia. Obok napadów histerycznych były napady rzekomo-tężyczkowe, jedne przechodzą w drugie. Brak objawu Erba. Po napadzie wszystkie objawy tężyczki znikają. Odruchy nieco wzmożone.

Zestawiając wszystkie te przypadki, których przyroda histeryczna zdaje się nie ulegać wątpliwości, z obrazem rzeczywistej tężyczki, dochodzimy do następujących wniosków:

W żadnym przypadku pozornej tężyczki nie wykazano podniesionej pobudliwości galwanicznej nerwów ruchowych. Stale natomiast, z wyjątkiem dwóch przypadków Weissa i Świąteckiego[5]), znachodzono ten objaw w tężyczce. Ponieważ spotęgowanie pobudliwości galwanicznej nerwów ruchowych w tak wysokim stopniu, jak w tężyczce nie występuje w żadnem innem schorzeniu nerwowem[6]), moglibyśmy właściwie już na podstawie wykazania, lub braku objawu Erba rozgraniczyć od siebie przypadki tężyczki właściwej od pozornej na tle histeryi. Naturalnie ważnem jest uwzględnienie i rozbiór innych objawów, których w tężyczce pozornej nie znajdziemy.

Objaw Trousseaua znachodzimy w czterech przytoczonych przypadkach: 3, 4, 6, 7, więc w połowie przypadków. Nigdzie jednak nie był on podobnym, choćby w zarysie do typowego objawu Trousseaua w tężyczce istotnej. Występował bezpośrednio po uciśnięciu, — gdy przeciwnie w tężyczce istotnie występuje w kilka minut potem, — bez zaburzeń czucia i bolów i wyjątkowo tylko przybierała ręka znane charakterystyczne dla tężyczki ułożenie.

Obraz skurczu ręki jest też czasem tego rodzaju, że różniąc się w szczegółach od typowego, może wzbudzić podejrzenie zafałszowania, a nawet sam przez się w podejrzeniu tem upewnić. Gdy w przypadkach 2, 3, 6, 7, 8 ułożenie ręki było dokładnie tężyczkowe, w piątym przedstawiało się atypowo (ręka ściągnięta w kułak, co się rzadko bardzo zdarza w tężyczce), a nadto w przypadku tym występowały atypowe skurcze wyprostne kończyn górnych i dolnych. W przypadku siódmym kurcze odbiegały czasem od typowych, bywały wielopostaciowe, raz jednostronne, to znowu przybierały cechę drgawkową. Również w przypadku 4-tym był atypowy skurcz (w kułak). Należy podkreślić znaczenie występowania jednostronnych skurczów dla rozpoznania różniczkowego. Są one nadzwyczajną rzadkością w tężyczce istotnej, tak dalece, że Frankl Hochwart w definicyi tej choroby zawiera symetrye skurczów. Jednostronność została stwierdzoną w przypadku 1, 2, 6, 7.

W rozważaniach dyagnostycznych nie można się powoływać z pewną stanowczością na zachowanie się odruchów, które do niedawna uchodziło w tężyczce za niestałe. Gdy jednak nowsze prace o tężyczce istotnej zaznaczają, że odruchy kolanowe w napadzie, a nawet przez pewien czas po napadzie zazwyczaj znikały, nie od rzeczy będzie wspomnieć, że w znanych nam przypadkach tężyczki pozornej odruchy te istniały, lub nawet były spotęgowane. W przypadku pierwszym były one nieco nasilone, w drugim znacznie podwyższone. Autorowie, opisujący inne przypadki, wzmiankują ogólnie o zachowaniu się odruchów, nie określają jednak, czy badanie odruchów odbywało się w czasie napadu. W tych przypadkach, trzecim i siódmym, odruchy były bardzo spotęgowane; w 6, 8, nieco nasilone; w 4-tym zaś prawidłowe. W przypadku 5 nie napotykamy niestety wzmianki o zachowaniu się odruchów. Brak więc odruchów kolanowych w przypadku, niepowikłanym inną chorobą, stanowczo przemawiać będzie za tężyczką istotną.

W przytoczonej wyżej rozprawie wspomina Krafft-Ebing o amyostenii, jako objawie różniczkowym. Ma ona występować w tężyczce rzekomej na obszarze zajętych skurczem mięśni. Atoli w trzech swych historyach chorób ani razu nie mówi Krafft-Ebing o podobnym objawie, nie napotyka sie go również w przypadkach innych autorów; nie znaleźliśmy go we własnych, w których stanowczo nie było różnicy siły obu rąk, badanej przez ściśnienie ręki Z drugiej zaś strony stwierdzenie istnienia tego objawu w histerycznych postaciach tężyczki nie przedstawiałoby wartości ze stanowiska różniczkowej dyagnostyki, ile że jest pewnem, że„ u wszystkich prawie chorych na tęzyczkę istotną zauważyć można w czasie napadów, a także między napadami pewien upadek siły ruchowej, często tylko w małym stopniu, lecz czasem w bardzo znacznym. Najwyraźniej dostrzega się porażenia przy chodzie: chorzy idą powoli, powłócząc nogami, często chwiejąc się tak, że chodem przypominają cierpiących na dystrofię w początkach“ [7]).

Omówiwszy główne punkta rozpoznawcze, dotkniemy już tylko pobieżnie całego szeregu danych mniej ważnych, bo niestałych, które jednak zazwyczaj inaczej się przedstawiają w tężyczce istotnej, niż w pozornej. Co do etyologii, to tężyczka istotna nawiedza przeważnie mężczyzn, mających pewien zawód (szewcy, stolarze); występuje endemicznie i epidemicznie. Sporadyczne przypadki prawie zawsze należą etyologicznie do jednej z następujących przyczyn: cierpienia przewodu pokarmowego, choroby zakaźne, zatrucia, ciąża, poród i karmienie, chorobowe stany gruczolu tarczykowego. Natomiast w większości znanych przypadków

[5]) Przytaczam z Krafft-Ebinga: »Pseudotetanie«.

[5]) Świątecki: Przypadek tężyczki: „Gaz. lek.«. Warszawa, 1892. XII. Str. 135.

[6]) Przytaczana rozprawa Krafft-Ebinga i monografia Frankl-Hochwarta: Die Tetanie, w IX tomie Nothnagla: Spezielle Pathologie u. Therapie.

[7]) Frankl-Hochwart *l. c.*

histeryi, pozorującej tężyczkę, spotykaliśmy kobiety młode, nie znachodzącej się w żadnym ze stanów, związanych z rozpłodową czynnością ustroju, nie okazujące żadnego z czynników etyologicznych tężyczki istotnej, u których napady skurczów występowały po wzruszeniu. Ponieważ wspomnieliśmy o właściwości tężyczki istotnej występowania czasami w postaci epidemicznej (Wiedeń, Heidelberg) w przeciwstawieństwie do tężyczki pozornej, dodajemy, że fakt ten nie przemawia bezwzględnie za swoistą przyrodą obrazu tężyczkowego; znane są bowiem rzadkie przypadki epidemii tężyczki pozornej, wybuchłej wskutek udzielenia się psychicznego. Epidemię taką obserwował Simon w pensyonacie dziewcząt w Gentilly [3]. Wywiady, dotyczące tężyczki pozornej, nietylko wskazują na wstrząśnienie psychiczne, lecz zarazem świadczą o neuropatycznem usposobieniu chorego, o ile nie mamy do czynienia z postaciami histeryi jednoobjawowemi. Więc wykażemy znamiona histeryczne, zmiany czucia na obszarze, zajętym przez zaburzenie ruchowe, czego nie spotkamy nigdy w tężyczce prawdziwej niepowikłanej. Zaburzenia czucia, jak wogóle w histeryi, tem są charakterystyczne, że zamykają się w liniach geometrycznie regularnych. Tak zaburzenia ruchowe, jak i zaburzenia czucia są zmienne, znikają, by znowu się ujawnić, przyczem podległe są też wpływom poddawania (wmawianie, przypadek 4; faradyzacya przypadek 1).

Pozostaje mi podziękować serdecznie Profesorowi Wagnerowi za pozwolenie użycia materyału, a Docentowi Halbanowi za udzielane mi wskazówki.

[3]) Krafft-Ebing *l. c.* i Frankl-Hochwart *l. c.*

III. Wól i jego leczenie.

Podał

Dr. Leon Żuławski,

Dyrektor szpitala powszechnego w Gorlicach

Wól jest jedną z częstszych chorób ludu powiatu gorlickiego i sąsiednich i z tego powodu stanowi pewien stały odsetek chorób, leczonych każdego roku w gorlickim szpitalu. O ile z zestawienia liczby leczonych na tę chorobę w tutejszym szpitalu wypływa (pierwszego roku nie biorę w rachubę z powodu małej jeszcze ogólnej liczby chorych), odsetek ten z każdym rokiem rośnie i ostatniego roku wynosił blizko trzy i pół. Jak na okolicę, w której wól panuje endemicznie, odsetek ten w pierwszej chwili nie wydaje się wielkim i miarodajnym; z uwagi bowiem, że chorzy na wól udają się do szpitala wtedy dopiero, gdy wól dojdzie wielkich rozmiarów, lub gdy wywołuje objawy silnej duszności, rzadko natomiast w samych początkach choroby dla samego zmienionego kształtu szyi, liczba ta leczonych w szpitalu chorych na wól nie może być miarą częstości wola u ludu w tych powiatach. Dodać winienem, że szpital gorlicki może rozporządzać w swoim powiecie o tyle dokładniejszą statystyką, przynajmniej co do wola, że dzięki licznym szczęśliwym operacyom wola w poprzednich latach, wykonanych przez poprzednika mojego, Dra Stanisława Krasowskiego, wyrobiło się u ludu takie zaufanie do leczenia wola w tutejszym szpitalu, że rzadko się zdarzy, ażeby z powiatu gorlickiego chory na wól udał się gdzieindziej na leczenie. Z tego powodu też statystyka ta nabiera większego znaczenia i jest przynajmniej miarą liczby cięższych postaci wola w tutejszej okolicy.

Za czas:	Ogólna ilość chorych	Liczba chorych na wól	Odsetek
od 28/11 1899 roku do 10/10 1900 roku	371	13	3·5%
od 10/10 1900 roku do 10/10 1901 roku	712	16	2·24%
od 10/10 1901 roku do 10/10 1902 roku	855	24	2·8%
od 10/10 1902 roku do 10/10 1903 roku	920	29	3·15%

Jak wielki odsetek ludności zapada w tutejszych powiatach na wól, dałoby się ocenić dopiero z badań statystycznych, któreby w tym celu zaprowadzić można przy przyjmowaniu dzieci do szkół i przy poborze do wojska [1]). Badania w tym kierunku są stale prowadzone w krajach alpejskich i w niektórych okolicach Szwajcaryi dały podnietę do zaprowadzenia wodociągów, do sprowadzenia wody do picia z okolic zdrowych, co znacznie obniżyło liczbę chorych na wól.

Liczbowe wykazy wola oraz matołectwa i głuchoniemoty wrodzonej, któreto dwie choroby w okolicy, gdzie panuje wól, często się spotyka, mają zatem nietylko wartość naukową, ale i praktyczną o tyle, że pobudzić mogą i przyczynić się do wypracowania środków ochronnych przed tą chorobą; a przecież ani dla państwa, ani dla kraju nie może to być sprawą obojętną, że pewna część ludności dla tej lub owej przyczyny, wywołującej endemie wola, staje się przy pozornej zdolności fizycznej mniej wytwórczą pod względem umysłowym.

Wobec niepewnej przyczyny powstawania wola badania takie są wielkiej wartości i można żywić przekonanie, że państwo lub kraj powinny stworzyć przy jednym ze szpitali w okolicy, nawiedzonej wolem, specyalną stacyę naukową, wyposażoną odpowiednio w środki naukowe i materyalne, któreby umożliwiły badanie tej choroby na szeroką skalę pod każdym względem. W zwykłych warunkach obecnych, t. j. przy skromnem zaopatrzeniu naszych szpitali, nie licującem z wymaganiami prawdziwej nauki, gdy n. p. szpital nie posiada nawet mikroskopu [2]), nie da się przeprowadzić żadnych badań naukowych i obfity materyał idzie na marne. O ile ze szkodą dla nauki nie można wyzyskać tak bogatego materyału dla badania przyczyny i innych właściwości wola i jego zmian patologicznych, o tyle z drugiej strony leczenie tej choroby zyskuje na obfitem doświadczeniu. W tym też tylko kierunku zamierzyłem podać dotychczasowe wyniki leczenia wola w tutejszym szpitalu.

W leczeniu wola skłaniam się więcej do metody zachowawczej, to znaczy, że jeżeli nie mam do czynienia z wolem torbielowatym lub z wolem miąższowym znacznych bardzo rozmiarów, w każdym przypadku wola przed przystąpieniem do leczenia operacyjnego próbuję leczenia jodem. Uznaję tylko bezwzględne wskazania do operacyi, to jest jeżeli wól wywołuje duszność, która przy odpowiedniem leczeniu jodem do sześciu tygodni nie zmniejszy się. Jeden tylko wól torbielowaty operuję bezzwłocznie. Przy wolach miąższowych osiągnąłem jedynie przy zastosowaniu jodu znaczne zmniejszenie się i ustąpienie duszności w tym stopniu, że chory może oddawać się ciężkiej pracy fizycznej. W kilku przypadkach dość znacznego wola po 6-ciu tygo-

[1]) Przy poborze do wojska badania te są wykonywane, a wynik ich wyzyskali Ciechanowski i Urbanik w pracy swej p. t. »Materyały do geografii wola i matołectwa w Galicyi«. (Kraków, 1898. wyd. Kom. antr. Akad. Um.). Według tej pracy gorlickie wraz z całym wojskowym okręgiem uzupełniającym nowosądeckim jest jedną z najsilniej wolem w Galicyi nawiedzonych okolic (68‰ popisowych); częstszym jest wól tylko w wadowickiem (71‰). *Red.*

[2]) Już po wysłaniu tej pracy uchwalił Wydział krajowy, kwotę 1200 koron na zakupno mikroskopu i przyrządów do badenia krwi.

dniach nastąpił prawie zupełny zanik jego. Jod stosuję w wielkich dawkach wewnętrznie i zewnętrznie i kładę nacisk z jednej strony na to, ażeby chory leżał, a z drugiej, ażeby wody nie pił. W ten sposób postępując, na 29 przypadków wola, leczonych w szpitalu w ciągu roku, operowałem tylko 10 razy, a mianowicie 3 razy z powodu wola torbielowatego (znacznych rozmiarów), 5 razy z powodu braku poprawy po leczeniu jodem wola miąższowego, a 2 razy tylko przystąpiłem odrazu do wyłuszczenia bez poprzedniego leczenia jodem, z powodu znacznej bardzo duszności i wielkich rozmiarów wola.

Dotychczasowe wyniki operacyjnego leczenia wola w tutejszym szpitalu były bardzo dobre i na ogólną liczbę 55 operacyi wola (Dra Krasowskiego w latach poprzednich 45 — i moich 10), nie było ani jednego zejścia śmiertelnego i ani razu powstającego niekiedy po wycięciu wola następowego matolectwa.

Operacya wola należy do tych, które kryją najwięcej niespodzianek dla operatora, a niebezpieczeństw dla operowanego. Z tego powodu przy rozstrzyganiu leczenia nie powinny istnieć dla chirurga inne względy, jak tylko istotna konieczność. Technika operowania wola jest już mniej więcej od dawna ustaloną; jednakowoż podobnie, jak i przy innych operacyach, sposób przeprowadzenia całego zabiegu musi być rozmaitym w wielu punktach. Jedni operują w uśpieniu, drudzy jedynie w znieczuleniu miejscowem, inni znowu stosują i jedno i drugie, zależnie od przypadku wola; podobnie i w prowadzeniu cięcia skórnego panuje rozmaitość. O ile cięcie skórne może być ostatecznie kwestyą obojętną, byleby dawało dobry dostęp do guza, o tyle sprawa usypiania czy też operowania w znieczuleniu miejscowem jest daleko ważniejszą. Wedle dotychczasowych sprawozdań nie można na podstawie tych teoretycznych i praktycznych wywodów przyznać pierwszeństwa żadnej z tych dwóch metod i sądzę, że ostatecznie pozostanie ta sprawa i nadal, że się tak wyrażę, kwestyą upodobania każdego operatora. Co do mnie, operowałem dotąd jedynie w znieczuleniu miejscowem i jakkolwiek rzecznicy usypiania narkotycznego podnoszą, jako największy zarzut miejscowego znieczulenia, ból i niespokojne zachowanie się chorego, zaznaczyć muszę, że nawet w ciężkich przypadkach wola, w których z powodu znacznych rozmiarów operacya trwała ponad 3 godziny, nie zauważyłem, aby oddziaływanie chorego wiele dawało do czynienia. Że ból nie musi być zbyt wielkim i że dla pozbycia się wola chory potrafi go znieść chętnie i spokojnie, świadczy przypadek, opisany pod l. 2. Chorej zagroziłem tuż przed przystąpieniem do rękoczynu, że jeżeli w czasie operacyi będzie się rzucała lub jęczała, w tej chwili zaszyję skórę i z wolem wróci do domu. Skutek był taki, że podczas całego zabiegu, trwającego przeszło 3 godziny, chora ani słowa nie wymówiła, ani jednego jęku nie wydała, — jednem słowem operował m, jak na uśpionej, a bez zwykłych przypadłości usypiania chorych z wolem. Kto raz osobiście był świadkiem przypadłości, które bardzo często wikłają usypianie przy operacyi wola, w postaci ciężkiego duszenia się, nabrzmiewania żył i t. p., ten stanowczo nie może uwierzyć niektórym specyalistom do operowania wola, utrzymującym, że usypianie nie jest więcej niebezpiecznem przy operacyi wola, jak przy innych. Może być prawdą, że w klinikach wielkich, gdzie usypianie przeprowadza najczęściej lekarz rutynowany w chloroformowaniu, usypianie zamiast być przeszkodą staje się dobrodziejstwem, nie wypływa jednak z tego, aby uważać je za tak bardzo obojętne przy operowaniu wola, jak to niektórzy autorowie sądzą. Dla uzupełnienia statystycznych danych co do tej sprawy dodać winienem, że poprzednik mój, Dr. Krasowski, jedynie pierwsze dwie strumektomie wykonał w uśpieniu, poczem stale operował w znieczuleniu miejscowem.

Przechodząc z kolei do samej operacyi, postępowanie moje skreślę pokrótce, a jedynie przy opisie niektórych aktów zabiegu dłużej zatrzymać się zamierzam.

Dnia poprzedzającego operacyę, po dokładnem odkażeniu szyi i górnej części przedniej ściany klatki piersiowej, daję okład z waty, zamoczonej w 1‰ roztworze sublimatu; okład ten pozostaje aż do chwili operacyi. Przed przystąpieniem do operacyi w dniu tym wstrzymuję się od wszelkich rękoczynów i od badania chorych. Ręce i przedramiona płóczę przez 5 min. w wodzie przegotowanej i myję zwykłem mydłem, a potem przez 15 minut wyskokiem mydlanym, następnie wyskokiem i eterem, poczem przez 5 minut sublimatem. Salę operacyjną zlewam obficie przed operacyą 3% roztworem karbolu. Przygotowanie chorego i nas lekarzy opisuję obszerniej z tego powodu, że z pomiędzy wszystkich zabiegów aseptycznych operacya wola wymaga najściślejszego przysposobienia się, w szczególności dłuższego i staranniejszego przygotowania rąk operatora, a to z uwagi na możliwość dłuższego trwania zabiegu. Wyskok mydlany, zachwalany przez Mikulicza, uważam za najlepszy środek doprowadzenia rąk do pożądanego stopnia aseptyki. Zwyczajnie stosuję go przez 10 minut; przy operacyi wola dłużej, t. j. tak długo, aż skóra rąk stanie się zgrabiałą, jak u praczki. Zarzut, któryby można temu sposobowi zrobić, że przez takie obrabianie rąk chirurg może sprowadzić sobie szkodę, pominąć muszę dlatego, że po użyciu gliceryny przy myciu rąk po operacyi, skóra wraca w ciągu dnia do pierwotnego stanu. Sądzę zaś, że dla osiągnięcia koniecznej aseptyki przy tej operacyi nie powinno się liczyć z tego rodzaju względami.

Po zdjęciu okładu sublimatowego i wytarciu przedniej powierzchni szyi wyjałowioną gazą, zamaczaną w wyskoku, znieczulam skórę roztworem Schleicha w kierunku całej rozciągłości cięcia skórnego. W wolach miąższowych używam cięcia Kochera, t. j. w kształcie rozwartego kąta, a w torbielowatych poprzecznego cięcia łukowatego. Po przecięciu skóry i mięśnia podskórnego podwiązuję podwójnie przed przecięciem przedstawiające się żyły szyjne powierzchowne, a mianowicie: przednią, środkową i skośną, poczem prostemi nożyczkami przecinam w jednym kierunku wszystkie mięśnie, pokrywające wól, aż do sutkowo-mostkowo-obojczykowego. Mięśni przeciętych nie zszywam potem, bo przekonałem się, że operowani nie ponoszą przez to najmniejszej szkody i że najmniejszego potem zaburzenia w ruchomości szyi lub w kształcie jej wykazać nie można, a nie potrzebuję wprowadzać tyle katgutu i zyskuję na czasie.

Po przecięciu mięśni i dojściu w ten sposób do torebki wola, staram się górny i dolny jego biegun, oraz brzeg zewnętrzny, ostrożnie zapomocą palca wydzielić z tkanki otaczającej, t. j. wyłuszczyć go o tyle z jego sąsiedztwa, ażeby pomimo łączących go z tem sąsiedztwem naczyń krwionośnych dał się ponad ranę skórną podnieść i wydobyć. Jest to bezwątpienia najważniejszy, a zarazem najtrudniejszy akt z całej operacyi, który na papierze da się łatwo w kilku słowach ująć, ale w rzeczywistości, przy stole operacyjnym, wymaga dłuższego czasu, przytomności umysłu i niezmiernie delikatnego czucia ręki operującej. Wszelki mniej uważnie wykonany rękoczyn powoduje bardzo silne krwawienie przez naderwanie się żył, które obficie zalewa pole operacyjne, nie spotykane w tym stopniu przy innych operacyach, lub uszkadza torebkę gruczołu, co także pociąga za sobą bardzo silny krwotok wobec niepodwiązanych jeszcze tętnic. Dlatego przy tym pierwszym akcie wycięcia wola należy koniecznie mieć w ręku miarę i spokój.

Po wydobyciu wola przystępuję dopiero do podwiązania naczyń krwionośnych. Zaznaczam to dlatego, że w niektórych podręcznikach chirurgii akt ten pominięto i na głównem miejscu postawiono podwiązanie naczyń krwionośnych, poczem dopiero opisano wyłuszczanie wola, gdy w rzeczywistości ze względu, że naczynia krwionośne wola wchodzą i wychodzą z tylnej powierzchni jego i są pokryte brzegiem guza, podwiązanie ich bez odchylenia ku wewnątrz brzegu guza jest niemożliwem. To wydobywanie wola ku górze i odchylanie ku środkowi grozi jeszcze obok krwotoku mo-

żliwością zagięcia się tchawicy pokrytej wolem i zrosłej z nim z następową nagłą dusznością, która może sprowadzić nagłe zejście śmiertelne, jeżeli się zbyt gwałtownie przy tym pierwszym akcie postępuje. Przy operowaniu w znieczuleniu miejscowem chory sam daje znać operatorowi silnem oddziaływaniem o grożącem niebezpieczeństwie, zanim ono dojdzie do znacznego stopnia; wtedy wystarczy opuścić wole i następnie ogłędniej postępować. I to jest także znaczna korzyść operowania nie w uśpieniu. Przystępując do podwiązania naczyń, muszę dodać kilka słów o kolejności tego podwiązania, ponieważ przekonałem się, że dla samego zabiegu nie jest to rzeczą obojętną, w jakim porządku naczynia wola podwiązuje się. I tak: jeżeli będziemy podwiązywać naczynia wedle klasycznego opisu metody Kochera w podręczniku prof. Rydygiera, to jest naprzód tętnicę i żyłę tarczykową górną, potem po kolei wszystkie żyły górne, boczne i dolne, a następnie dopiero po odchyleniu i oddzieleniu całego guza tak, że on wisi jedynie na przesmyku, będziemy szukać tętnicy tarczykowej dolnej, ażeby ją na ostatku podwiązać, to wskutek zatamowanego odpływu krwi przy utrzymanym dopływie tętnicą tarczykową dolną, powstaje silne bardzo przekrwienie guza, które staje się powodem znacznych trudności. Spostrzeżemy już w miarę zmniejszania się dróg odpływowych coraz bardziej wzmagające się nastrzykanie wola; żyły torebkowe nabrzmiewają dochodzą do grubości palca i nieraz pękają przy najlżejszym ucisku operującej ręki, wskutek czego z rozlicznych miejsc guza powstają silne krwotoki, które zmuszają nas do zajmowania się nimi i przez to opóźniają ukończenie zabiegu. Operacya staje się żmudną i bardzo krwawą. Stan ten ustaje dopiero z chwilą podwiązania tętnicy tarczykowej dolnej. Po zrobieniu takiego doświadczenia, staram się obecnie odrazu, po podwiązaniu tętnicy i żyły tarczykowej górnej podwiązać tętnicę tarczykową dolną, a potem resztę wychodzących z wola żył. Przy należytej uwadze można i przy takim porządku podwiązywania naczyń krwionośnych ominąć zawsze niebezpieczeństwo obrażenia nerwu wstecznego, a samo wyszukanie i podwiązanie tętnicy przy odchyleniu przez asystenta dolno-zewnętrznych części wola daje się również ostatecznie wykonać.

Przy zakładaniu podwiązek na tętnice stosuję od czasu doświadczenia, nabytego przy operacyi przypadku, opisanego pod l. 1, podwójne podwiązanie części doprowadzającej, to znaczy, że zakładam dwie podwiązki na części dośrodkowej w odległości 4—5 mm. jedna od drugiej i w ten sposób zapewniam się przed możliwością zepchnięcia podwiązki przez parcie krwi, co zdarzyć się może łatwo pomimo najstaranniejszego założenia w zwykły sposób podwiązki, a to z powodu zmian anatomo-patologicznych ścian tętnic wola.

Naczynia krwionośne gruczołu tarczykowego ulegają pod wpływem bodźca, wywołującego rozrost gruczołu i przemianę jego w wól, pewnym widocznym już dla gołego oka zmianom. Zmiany te występują w rozmaitym stopniu, niekiedy w tak znacznym, że dały powód do wyodrębnienia takiej postaci wola pod nazwą wola naczyniastego *(struma vasculosa)*.

Najwybitniej występują te zmiany w wolach zastarzałych. Spotykamy wtedy tętnice tarczykowe znacznie wydłużone, pokręcone i daleko grubsze. Ściany takich tętnic są daleko mniej elastyczne, niepodatne i posiadają pewien stopień kruchości, przypominając z wejrzenia naczynia miażdżycowe.

W styczniu tego roku operowałem 13-letniego chłopca z wolem naczyniastym, wielkości mniej więcej pięści dorosłego człowieka. Rozpoznanie to uczynić niezbicie można było dopiero podczas operacyi, ponieważ tętnice nie były znacznie zmienione i szmerów przysłuchem stwierdzić nie było można, a wejrzenie nie zdradzało nic nadzwyczajnego. Tymczasem po dojściu do torebki gruczołu zastałem taki rozrost żył, że formalnie odniosłem wrażenie, jakbym miał jedynie do czynienia z jakimś splotem żylnym i jakby wcale nie było miąższu gruczołu. Żyły te były grubości palca; przy wyłuszczaniu wola co chwila przerywały się i powstawały nader obfite krwotoki; operacya, w miarę posuwania się naprzód stawała się coraz krwawszą coraz żmudniejszą i w końcu, po $2^1/_2$ godzinnem operowaniu, z uwagi na znaczną utratę krwi, widziałem się zmuszonym przerwać operacyę. Założyłem „peany“ *à demeure*, opatrunek i dopiero następnego dnia ukończyłem cały zabieg. Zamiast chwytać i podwiązywać nawijające się żyły, wyszukałem ostrożnie dolną tętnicę tarczykową, podwiązałem ją, poczem z łatwością mogłem dokończyć operacyi i to tem łatwiej, że już w niektórych pniach żylnych wytworzył się skrzep pod wpływem peanów, założonych *à demeure*. Pacyent po zagojeniu się rany przez rychłozrost, 10-go dnia opuścił szpital. Jakkolwiek w przypadku tym założenie peanów *à demeure* nie przyniosło choremu żadnej szkody, sposób ten musi być uważany przy strumektomiach jako *malum necessarium*, które przy najmniejszej usterce w aseptyce ciężkie może sprowadzić następstwa. Przypadek ten był o tyle pouczającym, że skłonił mnie do zmiany porządku w podwiązywaniu naczyń krwionośnych; jestem bowiem przekonany, że gdybym był odrazu przez chwycenie tętnic wstrzymał dopływ krwi do wola, byłbym uniknął tych wszystkich trudności.

Przy tak zmienionych naczyniach krwionośnych założenie podwiązek jest trudne i niepewne; nieraz pomimo najstaranniejszego podwiązania przychodzi do rozluźnienia podwiązki i do bardzo silnego krwotoku, najczęściej w pierwszych godzinach po operacyi. Sądzę, że założenie tuż poza pierwszą drugiej podwiązki jest w stanie uchronić od tego niebezpieczeństwa, nie pogarszając procesu gojenia się. Do podwiązania używam katgutu. Od kilku miesięcy używam przy wszystkich operacyach jedynie katgutu jodowego, przygotowanego wedle sposobu M. Claudiusa z kliniki prof. Blocha w Kopenhadze i stwierdziłem, że rzeczywiście katgut ten posiada wszystkie podane zalety i jest bardzo praktycznym, a jedynie ma tę ujemną stronę, że bardzo trudno ulega wessaniu. Po podwiązaniu naczyń dalsze wyłuszczenie wola nie przedstawia już zbytnich trudności i bez znaczniejszego krwawienia można guz na tępo oddzielić od tchawicy, bacząc jedynie na to, aby przy oddzielaniu nie używać zbytniej siły. Jeżeli zrosty z tchawicą są ściślejsze, odcinamy nożyczkami tuż obok lub przed tchawicą przyrośniętą część wola, omijając w ten sposób możliwość zranienia tchawicy przy oddzielaniu na tępo. Jeżeli nerw wsteczny, co dość się często spotyka, przebiega w torebce wola, odcinam ponad nim resztę wola, nie próbując nawet wydzielić go z torebki. Część wola, pozostawioną po wycięciu, jeżeli nie zawiera w sobie odgraniczonych guzów odosobnionych, spajam następnie kilku szwami katgutowymi. Jeżeli w części środkowej wola znajdują się także odgraniczone guzy, łączę ze strumektomią, wyłuszczenie t. j. wyłuszczam te guzy sposobem podanym przez Socina. Nieraz wyłuszczanie guzów takich połączone jest z silnem krwawieniem i dla tego trzeba je bardzo szybko wykonać. Po wyłuszczeniu takiego guza, tamponuję powstałą jamkę przez jakiś czas gazą wyjałowioną, poczem po wyjęciu gazy spajam głębokimi szwami katgutowymi ściany jamki, przez co ustaje nawet bardzo silne krwawienie. Baczę na to, aby wszystkie, nieraz małe tylko, twarde, odgraniczone guzy w sąsiedztwie tchawicy wyłuszczyć, ponieważ pozostawione, mogą być powodem dalszego trwania przypadłości, złączonych z wolem. Niekiedy spotykałem takie twarde odgraniczone guzy, leżące zupełnie oddzielnie i pozostające w związku z wolem jedynie zapomocą tkanki łącznej; te dają się bez wielkich trudności wyłuszczyć; zaliczałem je do tak zwanych dodatkowych gruczołów tarczykowych.

Po dokonanej operacyi zaszywam całą ranę aż do dolnego jej końca, którym wypuszczam setonik, prowadzący do zeszytego kikuta wola. Skórę szyję również katgutem. Na zeszytą ranę kładę gazę i watę wyjałowioną i opaską wywieram mierny ucisk. W ciągu całej operacyi nie uży-

wam żadnych płynów, ani antyseptycznych, ani nawet jałowego płynu fizyologicznego, tylko traktuję ranę na sucho gazą wyjałowioną. Trzeciego dnia po operacyi zmieniam opatrunek, wyjmuję setonik i daję lekki opatrunek aseptyczny. Czwartego dnia pozwalam choremu siadać w łóżku, a szóstego chodzić. Zazwyczaj do dni 10-ciu rana przez rychłozrost goi się i chory opuszcza szpital. Powikłań sprawy gojenia się nie miałem ani razu; w jednym jedynie przypadku, opisanym pod l. 1, gojenie trwało dłużej, bo 18 dni, z przyczyny podanej w opisie przypadku.

Pomimo tego gojenia się przez rychłozrost stwierdziłem w każdym przypadku operacyi wola miąższowego podane przez niektórych autorów podnoszenie się ciepłoty ciała po strumektomiach; podnoszenie się to zaczynało się pierwszej nocy po operacyi, bez dreszczów, powoli, gorączka dochodziła do 40° C., i z małemi bardzo wahaniami utrzymywała się przez 3 lub 4 dni.

Wobec braku innej przyczyny wypada przypisać ją oddziaływaniu ustroju na wessanie znaczniejszej ilości cząstek zmiażdżonego miąższu gruczołu. Przemawia za tem i ta okoliczność, że po wyłuszczeniu wielkich torbieli przy wolu torbielowatym, gdy z powodu zbliżenia się ściany torbiela do torebki gruczołu tarczykowego nie było między temi torebkami miąższu gruczołu i wskutek tego wyłuszczenie torbiela można było wykonać bez obrażenia miąższu gruczołu tarczykowego, nie spostrzegałem (w 3 takich przypadkach) najmniejszego podnoszenia się ciepłoty. Chorym operowanym przy wypuszczeniu ich ze szpitala polecam nie pijać wody nieprzegotowanej po poprzedniem pouczeniu ich, że wól powstaje z używania zwykłej wody w okolicach górskich.

Na zakończenie pozwolę sobie podać w krótkości historyę leczenia szpitalnego 2 ch przypadków wola

Przypadek I. Dnia 30 czerwca b. r. zgłosiła się do szpitala B. B., lat 16 licząca, stanu wolnego z Dominikowic, pow. gorlickiego i tamże zamieszkała. Podaje ona, że od 6-ciu lat cierpi na wól, że przedtem nie sprawiał on jej żadnych dolegliwości, a dopiero od pół roku doznaje duszności, która stale się zwiększa. Jakkolwiek wymiary szyi nie były znaczne i leczenie jodem chora mogła przeprowadzić w domu, przyjąłem ją do szpitala z uwagi na przedmiotowo dającą się wykazać duszność, świadczącą o zmianach, które każdej chwili wymagać mogą wkroczenia czynnego.

Stan obecny: Dziewczyna wzrostu średniego, dobrej budowy kośćca, dobrze odżywiona, o wyrazie twarzy, charakterystycznym u chorych na wól lub na chorobę Basedowa. Gałki oczne nieco wysadzone; objawu Graefego brak. Na wargach ust lekki odcień sinicy. Szyja z przodu jednostajnie zgrubiała, chociaż niezbyt rażąco; wymiar szyi 33 ctm. Nad klatką piersiową wypuk wszędzie jawny, wdech i wydech w górnych częściach zaostrzony, przypominający nieco oddech duszniczy, szczególnie wybitnie nad szczytem prawym. Serce w granicach prawidłowych, tony serca czyste, akcya jego przyspieszona, w spokoju 84 uderzeń na minutę, przy ruchach 92. Drżenia mięśni brak (zaznaczam to z uwagi na możliwość rozpoznania choroby Basedowa). Badanie krtani zwierciadłem wykazuje lekkie osłabienie nerwu wstecznego prawego. Więzadło prawe przy fonacyi nie dochodzi do linii środkowej, a zamknięcie głośni wykonywa lewa struna głosowa przez przemieszczenie lewej chrząstki nalewkowej przed prawą. Przy akcie wdechu prawa struna głosowa wykonywa nieznaczny tylko ruch.

Rozpoznanie: *Struma parenchymatosa subseq. paresi nervi recurrentis dextri.*

Leczenie: Jodek potasowy wewnętrznie po 1·5 dziennie i wcieranie maści jodowej; leżenie w łóżku i wstrzymanie się od picia wody. Ponieważ po sześciotygodniowem leczeniu żadnej poprawy nie uzyskano, przystąpiłem do operacyi. W znieczuleniu miejscowem i w sposób wyżej opisany wyciąłem wól znacznych rozmiarów i wagi blizko pół funta, t. j. 245 gm., zostawiając po lewej stronie szyi piątą część guza. Uderzyć musi w opisie wielkość i dość znaczny ciężar wyciętego wola przy zestawieniu wyżej podanego opisu wejrzenia szyi i jej nieznacznych wymiarów. Przyczyna tego leżała w tem, że wól rósł głównie ku tyłowi do kręgosłupa; w bocznych swych częściach załamywał się kątowato i przed tchawicą leżała przednia mniejsza jego część, podczas gdy część znaczniejsza kryła się poza tchawicą między nią i kręgosłupem.

Ku dołowi podstawa guza dochodziła pod prawy obojczyk i przy oddzielaniu wola musiałem wchodzić palcem dość głęboko poza obojczyk. To też pomimo zewnętrznie mało zmienionego kształtu szyi, przypadłości były cięższe, a po wydobyciu wola powstała w szyi jama, w której można było swobodnie zmieścić pięść. Przebieg operacyi był gładki; stosunkowo trwała ona krótko, bo tylko $1^1/_2$ godziny. Chora straciła bardzo małą ilość krwi i czuła się silną i zadowoloną, że duszność ustąpiła do tego stopnia, iż już przy opatrunku trzeba było zalecać jej zachowanie się spokojne. Przeniesiona na salę chorych, dała folgę swej radości i pomimo przestróg posługaczki zaczęła skakać po łóżku z uciechy, że już nie ma wola. To nieodpowiednie zachowanie się po operacyi, omal życiem nie przypłaciła. Nie upłynęło 5-ciu minut od opuszczenia przez chorą sali operacyjnej, jak przybiegła posługaczka blada z przerażenia z wiadomością, że operowana bardzo silnie krwawi. Po przybyciu do chorej przedstawił się nam widok wprost straszny; chora leżała prawie skrwawiona, śmiertelnie blada, a przez opatrunek buchała krew strumieniem. Jakkolwiek w pierwszej chwili zdawało mi się wobec stanu chorej i z uwagi, że krwotok powstać musiał przez rozluźnienie lub zesunięcie się podwiązki z tętnicy, iż chorej uratować nie będę w stanie i że zanim zdołam rozciąć opatrunek i zeszytą ranę, chora się skrwawi, przystąpiłem do ratowania jej i chwyciłem się sposobu takiego, który jedynie mógł w takim stanie rzeczy odnieść skutek. Podczas gdy ręką lewą dla uchronienia chorej od omdleń wyciągnąłem z pod jej głowy poduszki, prawą ręką uchwyciłem w środku szyi za opatrunek i całą siłą dłoni przydusiłem opatrunek; krwotok ustał. Wtedy poleciłem rozciąć z boków opatrunek i od dołu, wsuwając lewą rękę pod opatrunek, a zatem i pod prawą dłoń, zdołałem chwycić za ranę skórną i wywrzeć ucisk na szyję. Zrzuciłem naówczas opatrunek i podczas gdy ja obu rękami wzdłuż rany wywierałem ucisk, sekundaryusz porozcinał szwy skórne. Mając ranę otwartą puściłem dolny jej kąt i w tej chwili wsadziłem w ranę pęk gazy wyjałowionej, którym w jamie wywarłem ucisk. Ponieważ miałem zamiar wyszukać i podwiązać krwawiące naczynie, poleciłem chorą przenieść na salę operacyjną, podczas czego, idąc obok chorej, wywierałem stale ucisk. Wyszukanie tętnicy okazało się niemożliwem, gdyż przy najmniejszem odchyleniu gazy buchała krew w takiej ilości, że z jednej strony uniemożliwiało to oryentowanie się, a z drugiej groziło życiu chorej. Wobec tego po kilku próbach nieudałych wytamponowałem całą jamę pooperacyjną gazą, silnie ją ugniatając i obandażowawszy szyję, przystąpiłem do leczenia silnej, ostrej bezkrwistości zapomocą wlewań podskórnych rozczynu soli kuchennej i t. d. Stan chorej był tak ciężki, że w ciągu 5 godzin, spędzonych przy chorej, musieliśmy trzy razy zwalczać zapad wstrzykiwaniami środków pobudzających czynność serca. Następnego dnia chora miała się lepiej, skarżyła się jedynie na ból gardła; ciepłota ciała wynosiła 38·5.

Trzeciego dnia z wielką ostrożnością, wśród ciągłego zwilżenia gazy ciepłym rozczynem $^1/_2{}^0/_{00}$ sublimatu, wydobyłem całą gazę z rany; ponieważ nigdzie broczenia krwią nie spostrzegłem, założyłem luźnie seton i kilku szwami katgutowymi spoiłem ranę. Rana zagoiła się częścią przez rychłozrost, a częścią przez ropienie i chora w końcu sierpnia opuściła szpital. Obecnie od 2 tygodni pełni obowiązki posługaczki szpitalnej i cieszy się zupełnem zdrowiem.

Ponieważ w tym przypadku krew tryskała z dolnej połowy jamy, powstałej po wycięciu wola, nie ulega wątpliwości, że krwotok opisany pochodził z tętnicy tarczykowej dolnej. Za tętniczem pochodzeniem tego krwotoku przemawiała z jednej strony jasna barwa krwi, a z drugiej rytmiczny sposób wypływania jej. Tamponada okazała się jedynym sposobem wstrzymania krwotoku i jakkolwiek nie można uważać jej za zabieg prawidłowy, pozbawiony złych stron, sądzę, że w podobnym przypadku nie pozostaje chirurgowi nic innego, jak uciec się do niej.

Pomimo stwierdzonych przy operacyi znacznych zmian w ścianach tętnic, głównie nieodpowiedniemu zachowaniu się chorej po operacyi należy przypisać powstanie tego powikłania leczenia pooperacyjnego. Ponieważ krwotok w pierwszych 24 godzinach po operacyi zdarzał się i przy spokojnem zachowaniu się chorych wskutek zmian w ścianach tętnic, dla uchronienia się podwiązuję obecnie w 2 miejscach część dośrodkową przeciętej tętnicy.

Przypadek II. B. U., rodem ze Siedlisk pow. grybowskiego, tamże zamieszkała, została dnia 25 sierpnia przyjętą do szpitala z wolem znacznych rozmiarów, które wywoływało następową duszność i bezgłos. Chora podaje, że od dzieciństwa cierpi na wól.

Stan obecny: Kobieta wzrostu średniego, lat 33 licząca, o wyrazie twarzy wybitnie cierpiącym i cechującym chorych na wól, już zdaleka uderzała potwornością wejrzenia i słyszalnym na odległość szorstkim oddechem duszniczym. Wymiar szyi wynosił 46 i $^1/_2$ ctm. Guz znacznych rozmiarów, jak kołnierz obejmował szyję i zachodził dolnemi częściami na klatkę piersiową. Macaniem można było stwierdzić ciastowatą zbitość bocznych części wola, a więcej zbitą środkowego zrazu, leżącego tuż przed tchawicą.

Badanie wziernikiem krtaniowym stwierdziło zupełne porażenie prawego nerwu wstecznego, a niezupełne lewego. Badanie głębi tchawicy niemożliwe z powodu pochylenia nagłośni ku krtani. Ponad klatką piersiową wybitny szorstki szmer cieśni oddechowej, nad dolnymi płatami słychać liczne furczenia i świsty; wypuk wszędzie jawny. Czynność serca przyśpieszona, tony jego głuche, bez szmerów; granice stłumienia prawidłowe; ciepłota ciała niepodwyższona. Tętnica sprychowa prawidłowa, tętno 94 uderzeń na minutę.

Rozpoznanie: *Struma colloides subs. paresi nervi recurrentis utriusque, aphonia bronchitis.*

Leczenie: strumektomia.

Z powodu nieżytu oskrzelowego przystąpiłem do operacyi dopiero 10 września. W znieczuleniu miejscowem odsłoniłem cięciem Kochera wól, wyciąłem prawą połowę guza, poczem sposobem Socina wyłuszczyłem dwa odgraniczone guzy, leżące na krtani i górnej części tchawicy. Po operacyi obwód szyi zmniejszył się o 10 i $^1/_2$ ctm.; wycięte części wola ważyły $^3/_4$ funta. Pozostawiłem część wola po lewej stronie szyi w przekonaniu, że po operacyi sam ulegnie przez wessanie i proces wsteczny zmniejszeniu, opierając się na doświadczeniu że po wycięciu znacznej części wola, reszta samoistnie ulega zmniejszeniu. W celu przyśpieszenia tego procesu poleciłem chorej wielkie dawki jodu. Rana zagoiła się przez rychłozrost do siedmiu dni; chora pozostała w leczeniu do 4 października i przy wypuszczeniu chorej ze szpitala guz z lewej strony okazywał znacznie mniejsze wymiary. Badanie w dniu 4/X stwierdziło poprawę w ruchomości więzadeł; lewe wykonywało ruchy zupełnie prawidłowe, prawe było jeszcze porażone, ale już niezupełnie. Szmer cieśni znacznie słabszy; chora nie skarży się na duszność. Dalsze spostrzeganie wykaże, o ile przez operacyę można było usunąć następstwa długoletniego ucisku wola na tchawicę i nerwy wsteczne, objawiające się u chorej dusznością i bezgłosem. Wobec poprawy, dającej się wykazać po kilku tygodniach, należy przypuścić, że z czasem zmiany te wyrównają się i chora powróci do zupełnego zdrowia.

W zakończeniu poczuwam się do miłego obowiązku złożyć serdeczne podziękowanie sekundaryuszowi koledze Drowi J. Przesmyckiemu za wskazówki w opracowaniu materyału z przeszłych lat i za umiejętną pomoc przy operacyach.

IV. Wyciągi.

B. Galli-Valerio. **Nowe badania nad rolą pcheł szczurzych w szerzeniu moru.** (*Centralblatt für Bacteriologie*, Tom 33, Nr. 24, 1903). Autor zdaje sprawę z kilku nowszych prac, zajmujących się nierozstrzygniętem jeszcze dotychczas ostatecznie zagadnieniem, czy w przenoszeniu zarazka moru ze szczurów na ludzi rzeczywiście pośredniczą pchły, żyjące na szczurach, jak to twierdził Simond. Zapatrywanie Simonda z początku przyjęto prawie powszechnie, wnet jednak pojawił się zarzut, że na szczurach żyją inne gatunki pcheł, niż na ludziach, że więc pchły nie mogą przenosić moru ze szczurów na ludzi, chociaż mogą może szerzyć zarazę na inne szczury. By rozstrzygnąć tę sprawę, badał Tiraboschi, jakie gatunki pcheł żyją u szczurów i myszy, szczególnie u „mus decumanus", „mus rattus", i „mus musculus". Stwierdził on, że te gatunki pcheł, które najczęściej spotyka się u ludzi, mianowicie: „pulex serraticeps" i „pulex irritans", tylko bardzo rzadko żyją na szczurach i myszach. Te zaś znów gatunki, które stale i w wielkiej ilości żyją na szczurach i myszach, nie kłują ludzi nawet wtedy, jeżeli przez dni kilka były głodzone. Przystawione w probówce na skórę ludzką, nie tylko na niej nie siadają, ale nawet unikają tego, starając się wspiąć na ściany probówki. Do wprost przeciwnych wyników doszli Gauthier i Rayband. Twierdzą oni, że puszczając na skórę ludzką głodzone egzemplarze tych gatunków pcheł, które stale żyją na szczurach, a których nie spotyka się u ludzi, 7 razy na 9 doświadczeń uzyskali wynik dodatni, t. j. pokłucie ludzi przez pchły. Utrzymują oni także, że pchły są pośredniczkami w szerzeniu się moru ze szczurów na szczury. Umieszczali oni w klatce przegrodzonej, z jednej strony przegrody szczury zadżumione i mające pchły, z drugiej zaś strony szczury zdrowe i z pcheł dokładnie oczyszczone; szczury zdrowe dostawały po niejakim czasie moru.

Galli-Valerio w swoich doświadczeniach nie mógł nigdy stwierdzić, by te gatunki pcheł, które żyją tylko na szczurach, kłuły ludzi. Doświadczeń Gauthiera i Raybauda nie można uważać za pewne, ponieważ autorowie ci nie zwracali wcale uwagi na to, jakim gatunkiem pcheł się posługują; wystarczało im, że pchły, które puszczali na skórę ludzką, pochodziły ze szczurów. A właśnie mogło się zdarzyć, że u szczurów, użytych do doświadczenia, znajdowały się wyjątkowo egzemplarze tych gatunków, które stale żyją u ludzi.

Twierdzeniu Gauthiera i Raybauda, że szczury od szczurów zarażają się morem za pośrednictwem pcheł, sprzeciwiają się wyniki badań Kollego, wykonanych w taki sposób, że nie można im nic zarzucić. Kolle bowiem przenosił pchły, wzięte ze szczurów zadżumionych, na szczury, znajdujące się w osobnem naczyniu; jedynie zaś w ten sposób można uniknąć przypadkowego zakażenia szczurów zdrowych nie przez pchły, jak to zamierzono, lecz inną drogą. Otóż w takich, zupełnie pewnych doświadczeniach, nie udało się nigdy Kollemu przenieść zakażenia zapomocą pcheł. Gauthier i Rayband zapomnieli widocznie o tem, jak łatwo mogą się szczury zakażać drogą oddechową, o co niezmiernie łatwo, gdy znajdują się w jednej klatce, przedzielonej tylko taką przegrodą, przez którą mogą się pchły przedostawać.

Wogóle więc sądzi Galli-Valerio, że pośrednictwo pcheł w szerzeniu się moru ze szczurów na szczury i ze szczurów na ludzi pozostaje i nadal tylko przypuszczeniem. *C.*

Prof. Dr. Tappeiner i Dr. Jesionek. **Doświadczenia terapeutyczne ze substancyami fluoryzującemi.** (*Muench. med. Wochenschrift*, 1903, Nr. 47). Doświadczenia Tappeinera, Raaba i Jakobsona udowodniły, że ciała fluoryzujące, same przez się obojętne, działają bardzo silnie toksycznie wobec promieni słonecznych, a nawet rozprószonego światła dziennego. Działanie to sprawdzono na wymoczkach i na przybłonku migawkowym u żab. Nieco później stwierdzili Tappeiner i Jodlbauer, że owe substancye fluoryzujące działają wobec światła także na enzymy, niszcząc całkowicie lub silnie osłabiając ich działalność. Wszystkie enzymy scukrzające i peptonizujące tracą swoje własności, jeżeli po dodaniu ciała fluoryzującego wystawimy je na działanie światła, zatrzymują jednak swą działalność w ciemności, lub jeżeli odetniemy promienie wywołujące fluorescencyę, pozostawiając resztę promieni świetlnych. Podobnie zachowują się toksyny np. rycyna traci swą własność aglutynowania ciałek krwi pod wpływem ciał fluoryzujących i światła, tudzież swoje własności toksyczne do tego stopnia, że zwierzęta znoszą bez szkody dla siebie jej dziesięciokrotną dawkę śmiertelną. Wobec światła na komórki działają prawie wszystkie ciała fluoryzujące mianowicie: akrydyna, eozyna, czerwień chinolinowa, harmalina, chinina; tylko eskulina nie działała wcale. Na toksyny działają silnie tylko: eozyna, fluoresceina i czerwień magdala; inne nie działają wcale lub słabo. Na papayotynę, dyastazę i inwertynę działają tylko: eozyna, czerwień chinolinowa i magdala. Doświadczenia terapeutyczne z działaniem ciał fluoryzujących wobec światła, dokonywane były przedewszystkiem w rozmaitych schorzeniach skóry, począwszy od chorób grzybkowych, jak łupież pstry, liszaj wyłysiający mięczak zaraźliwy (*mollusc. cont.*), łuszczyca, skończywszy na raku skóry i na wilku. Doświadczenia te stanowczo wykazały działalność wymienionych dwu czynników razem wziętych, chociaż działanie to nie sięgało w głąb, a wykonywane były przez częste smarowanie 5% roztworem eozyny i o ile możności jak najdłuższe działanie bezpośrednich promieni słonecznych. W niektórych przypadkach podawano także eozynę na wewnątrz. Autorowie obiecują w następnych rozprawach, opatrzonych rycinami, doświadczenia swoje w bardzie wyczerpujący sposób opisać. *Seńkowski.*

Prof. Dr. M. Heidenhain. **Wolna zasada błękitu nilowego jako odczynnik na bezwodnik węglowy zawarty w powietrzu.** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 47, 1893). Wiadomo, że barwiki tak zw. smolowe, są w znacznej części barwnemi solami bezbarwnych lub słabo zabarwionych zasad z dowolnymi kwasami. Zasady niektórych barwików są tak silne, że łączą się już z bezwodnikiem węglowym, dając produkta zabarwione i to tak silnie, że nawet minimalne ślady bezwodnika węglowego, nie dające się już wykryć inną drogą, można jeszcze wykazać temi zasadami. Autor używał do swoich prób zieleni brylantowej (*Brilantgrün*) i błękitu nilowego (*Nilblau*), obydwa barwiki w postaci siarkanów, które rozpuszczał w 80% alkoholu i odbarwiał sproszkowanem wapnem palonem. Nadmiar wapna i siarkan wapniowy pozo-

stawały nierozpuszczonymi, zaś w rozczynie alkoholowym pozostawała wolna zasada, dając płyn w pierwszym przypadku bezbarwny, w drugim ognisto czerwony. Reakcya tymi rozczynami na bezwodnik węgl. jest tak czułą, że wystarczy je przelać z naczynia do naczynia, aby już otrzymać zmianę barwy. Dowodzi ona niejako wszechobecności bezwodnika węglowego w powietrzu i wszystkich odczynnikach i nadaje się szczególnie do użytku jako eksperyment wykładowy, mniej natomiast jako sposób wykrycia bezwodnika węglowego, a to z powodu swej nadmiernej czułości.

(Spostrzeżenia autora nie są nowe i mają już oddawna pewne zastosowanie, np. użycie fenoloftaleiny do oznaczania bezwodnika węgl. w powietrzu, w tym przypadku w pojęciu odwrotnem, ponieważ podstawą barwika jest nie zasada, lecz kwas. — *Przyp. referenta*). *Seńkowski.*

Elsner (Berlin). **W sprawie krwotocznych nadżerek w żołądku.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift* Nr. 41, 1903). Po przepłokaniu żołądka na czczo można prawie stale stwierdzić w wypłoczynach drobne szarawe twory, które, jak to drobnowidowe badanie wykazuje, niczem innem nie są, jak zwitkami śluzu i przybłonka płaskiego ze ścian przełyku i żołądka, nie mającymi zresztą żadnego rozpoznawczego znaczenia. W niektórych jednak przypadkach można obok tego znaleźć drobne, krwawo zabarwione ziarenka wielkości główki od szpilki lub soczewicy o nieregularnych obrysach, okazujące budowę, podobną do powierzchownych warstw błony śluzowej żołądka, czyli że są częściami tej błony śluzowej. Tym właśnie tworom należy już przypisać większe kliniczne znaczenie, tembardziej, że Einhorn w ostatnich czasach określił na tej zasadzie nową postać chorobową, nadając jej miano „krwotoczne nadżerki żołądka“. Według więc dotychczasowych opisów znamionuje się rzeczone cierpienie mniejszymi lub większymi objawami nieżytu żołądkowego i nadżerkami, względnie złuszczeniami błony śluzowej żołądka, które znów klinicznie objawiają się w postaci tych, powyżej opisanych, czerwono zabarwionych tworów. Autor wprawdzie poddał dokładniejszemu badaniu 120 rozmaitych przypadków, w żadnym jednak prawidłowym żołądku nie znalazł tych krwawych cząstek błony śluzowej żołądka i dlatego sądzi, że miano „krwotocznych nadżerek“ dla tej przynajmniej postaci chorobowej tak długo niema racyi bytu, jak długo liczniejszemi badaniami pośmiertnemi nie zostanie udowodnionem, że te twory rzeczywiście są identyczne z tem, co zazwyczaj przy sekcyach spotykamy, jako krwotoczne nadżerki. *Dr. Pisek* (Podgórze).

Hess (Marburg). **Zapalenie gardła Vincenta.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 42, 1903). Cierpienie to zasługuje na uwagę z kilku względów: *a)* znamionuje się wypociną, usadowioną na migdałkach przy równoczesnem obrzmieniu gruczołów ślinnych i karkowych, utrudnionem połykaniem, podwyższoną ciepłotą ciała jest więc wielce podobnem do błonicy, przebiega jednak szybko i lekko; *b)* można je wziąść mylnie za zapalenie migdałków kiłowe, wreszcie *c)* rozpoznanie jest łatwe, gdyż na zasadzie badania drobnowidowego stwierdzić można symbiozę prątka wrzecionowatego z prątkiem krętym. Przebieg całego cierpienia jest mniej więcej następujący: na jednym migdałku tworzy się wiotki szary nalot, w następnym dniu widać pod nalotem lekkie owrzodzenie, w trzecim dniu jest nalot grubszy, ale miękki. W dalszym przebiegu choroby można odróżnić dwie postacie: pierwsza, rzadsza postać dławcowa odznacza się lekkim nalotem, szybko ustępującym, a pozostawiającym powierzchowne owrzodzenie; naloty zostają wykrztuszane, albo połykane. W następnym dniu jeszcze napotkać można wiotki nalot, który po kilku już dniach zupełnie znika. Z innych objawów zasługują na uwagę podwyższona ciepłota i obrzmienie gruczołów podszczękowych. Drobnowidowe badanie nalotów wykazuje wyłącznie prątka wrzecionowatego.

Częstszą jest druga postać chorobowa, błonicza, wrzodziejąca. Między drugim, a czwartym dniem choroby wytwarza się pod nalotem mniej lub więcej głębokie owrzodzenie. Wypocina jest żółtawo-szara z odcieniem zielonawym, owrzodzenie zaś, bardzo łatwo broczące, ma brzegi nacieklé i podminowane: błona śluzowa jest w sąsiedztwie ciemno-czerwono zabarwiona i obrzękła; języczek może być zajęty, a gruczoły są zawsze silnie obrzękłe. Obok tego połykanie jest bardzo utrudnione, ślinienie wzmożone i cuchnienie z ust. Ciepłota ciała dochodzi do 38°—39°. W ósmym lub dziewiątym dniu naloty odpadają, owrzodzenie się oczyszcza, objawy chorobowe szybko znikają i następuje poprawa stanu ogólnego, jakkolwiek są autorowie, którzy podają daleko dłuższy przebieg choroby. (Nicole, Graupner, Baron i t. d.).

Przy rozpoznaniu należy wykluczyć błonicę i zapalenie kiłowe migdałków; będzie więc rozpoznanie pewnem, jeśli *a)* drobnowid wykaże znaczną ilość prątka wrzecionowatego i prątka krętego; *b)* brak prątków błoniczych (Löfflera); *c)* brak kiły; *d)* jeśli w powierzchownych warstwach nalotów znachodzą się jedynie gronkowce i paciorkowce.

Leczenie polega na płókaniu gardła rozczynem chlorku potasowego, pędzlowaniu płynem Lugola, balsamem peruwiańskim, 5% azotanem srebrowym, błękitem metylenowym i t. d. *Dr. Henryk Pisek* (Podgórze).

König: **Uwagi nad przebiegiem i leczeniem ran postrzałowych płuc podczas pokoju.** (*Berl. klin. Wochsch.* 1903 32). W ciężkiem zranieniu płuc z krwotokiem do klatki piersiowej wyjątkowo tylko może być dopuszczalnem wkrótce po zranieniu wkroczyć operacyjnie, n. p. w razie podejrzewania krwotoku ściennego (tętnica sutkowa itd.). Jeżeli w 2-gim lub 3-cim dniu zwiększają się objawy chorobowe (duszność, tętno liczne, podwyższenie ciepłoty), wtedy musi się otworzyć jamę opłucnową przez nacięcie klatki piersiowej (torakotomię). Występujące podwyższenia ciepłoty z utrudnieniem oddychania wymagają także operacyi. Ma się tu też często do czynienia z zakażeniem pneumokokowem, wyszłem z oskrzeli. K. uważa nacięcie klatki piersiowej również za wskazane, chociażby nawet nie zmuszał do tego brak ciężkich objawów, jeżeli się je przedsiębierze przy istniejącem wylaniu krwi drugiego lub trzeciego dnia po zranieniu, albo nawet później. Chroni ono chorego przed zakażeniem otoku ze strony płuc i przyspiesza gojenie. Jednakże musi operacya być robioną zupełnie aseptycznie, aby chory w zamian za otok krwawy nie dostał ropnego. Jeśli wessanie krwi trwa miesiące, to można wyzdrowienie przyspieszyć przez częste nakłucia (punkcye). *B. Żmigród.*

Prof. Borysow. **Znaczenie substancyi gorzkich dla trawienia.** (*Russkij Wracz* 1903. Nr. 32). B. (Odessa) badał na psach z przeciętym przełykiem i przetoką żołądkową wpływ substancyi gorzkich na wydzielinę soku żołądkowego. Doświadczenia były wykonywane w sposób następujący: po przepłokaniu żołądka zastosowywał B. pozorne karmienie psa mięsem w ciągu 1′, w innych zaś doświadczeniach kładł poprzednio do jamy ustnej psa kawałek waty, napojonej nalewką goryczki. Okazało się, że wydzielina soku żołądkowego zwiększa się pod wpływem goryczy w znacznym stopniu, lecz tylko w tych razach, gdy gorycze były podane bezpośrednio przed karmieniem. Na ogólną kwasotę i zawartość kwasu solnego gorycze wpływu nie wywierały; wpływ na obfitość soku był nie długotrwały. Stosowanie goryczy na 15—30′ przed karmieniem było zupełnie bezskutecznem. Na podstawie tych doświadczeń B. dochodzi do wniosków następujących: 1) stosowanie goryczy u chorych jest uzasadnione; 2) nie należy podawać goryczy w dawkach dużych, które mogą wywierać działanie ogólne; również nie należy ich stosować w pigułkach, gdyż tym sposobem tracą swój smak, wreszcie nie podawać na długo przed spożywaniem pokarmu ;3) najlepszy sposób polega na podawaniu 15—20 gorzkich kropli w kieliszku wody bezpośrednio przed spożyciem pokarmu. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Prof. J. Borelius. **Modyfikacya operacyi Maydla przy wrodzonem rozszczepieniu pęcherza.** (*Zentralblatt für Chir.* 1903, Nr. 29). Modyfikacya, wykonana przez B. na propozycyę Dra W. Berglunda, ma zapobiedz wstępującemu ropnemu zapaleniu nerek, jakie po operacyi Maydla niekiedy spostrzegano. W tym celu Borelius (względnie Berglund) zakłada enteroanastomozę boczną między obома ramionami zagięcia esowatego tuż u podstawy i dopiero w pętlę tak wykluczoną wszczepia trójkąt Lieutauda. *Herman.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Stosowanie sozojodolu sodowego w płonicy. (*Wien. med. Blätter*, Nr. 8, 1903). Dr. F. Blumenfeld donosi, iż w leczeniu płoniczych chorób gardła sozojodolan sodowy oddaje dobre usługi nawet w tych przypadkach, w których chłonne gruczoły karkowe uległy obrzmieniu i stały się bolesne. Autor stosując ten środek, stwierdził szybkie rozmiękanie i oddzielanie się pokładów w gardle w przeciągu pierwszych 2—3 dni; dalej zniknięcie oddechu cuchnącego, ustąpienie obrzęku migdałków i gruczołów chłonnych, przy równoczesnej poprawie stanu ogólnego. Lek ten podaje się albo wewnętrznie: *Natr. sozojodol 2.50, Glycerini, Aq. destillatae aa 25.0. S.* Co 2 godz. łyżeczkę, lub w postaci rozpylań zgęszczonego rozczynu sozojodolu w glicerynie, z dodatkiem nieco mentolu, zapomocą osobnego rozpylacza do gardła. *Baschkopf.*

M. Porosz (Budapeszt). **Leczenie dymienic i ropni 2 do 5% kwasem azotowym.** (*Gyógyászat*, Nr. 27, 1903). Autor wstrzykiwał do dymienic i ropni 2—5%-owy rozczyn kwasu azoto-

wego. Zrobiwszy mały otwór, wkładał weń koniec strzykawki, używanej do leczenia rzeżączki i z siłą wstrzykiwał roczyn, skutkiem czego płyn wchodził do każdego, choćby najmniejszego zaułka. Następnie łagodnym uciskiem usuwał nadmiar płynu, wycierał otoczenie rany na sucho, ewentualnie pokrywał wazeliną, by je chronić przed wypływającym roczynem i nakładał opatrunek. Nazajutrz po wstrzyknięciu wydobywa się po naciśnięciu wydzielina żółtawa, śluzowata, przeźroczysta. Należy zrobić powtórne wstrzyknięcie. Po 2 do 3-ch dniach wydobywa z rany ciecz przezroczysta, surowicza, a objętość jamy znacznie się zmniejsza. Po 4—5-ciu dniach wydzielina ogranicza się do 1—2-ch kropli. Najdłużej po 8-miu dniach tego leczenia ropień lub dymienica goją się, chociaż chory nie był zmuszony leżeć w łóżku. Dobre działanie kwasu azotowego tłómaczy P. wzmożeniem krążenia i krwi i limfy, będącem następstwem drażnienia przez kwas, niszczeniem czynników chorobotwórczych, przyśpieszeniem obumierania i oddzielania się patologicznych komórek i sklejania się świeżych ziarnin. *Baschkopf.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 3 lipca 1903 roku.

Przewodniczący kol. Łukasiewicz. Obecnych członków: 29.

I. Kol. R. D. Rydygier zaprasza na Zjazd chirurgów polskich, mający się odbyć w Krakowie d. 13 lipca 1903 r.

II. Kol. Eljasz Radzikowski przedstawia teczki wyrobu krajowego, służące do przechowywania preparatów mikroskopowych. Wyrób firmy Szczerbińskiego (Kraków, ul. Mikołajska l. 2.). Cena tych teczek umiarkowana, bo 28 ct. za sztukę. Tańsze są zatem od wyrobów wiedeńskich, a stanowczo lepsze.

III. Kol. Łukasiewicz przedstawia chorych z kliniki dermatologicznej.

1) Chorą 32 lat z objawami grzybicy (*mycosis fungoides*). U chorej spostrzedz się dają wszystkie okresy tej choroby, zaczynając od zmian wypryskowych, aż do guzów wielkości gołębiego jaja.

2) Chorego 57 lat z objawami pigmentacyi po przebyciu pęcherzycy (*pemphigus exfoliativus*). U chorego, który dwukrotnie pozostawał w leczeniu w klinice dermatologicznej w ciągu ostatnich pięciu miesięcy, zmiany chorobowe usadowiły się prócz charakterystycznych pęcherzy na skórze ciała, w znacznym stopniu na błonie śluzowej. Stosowaniem kąpieli dziegciowych, miejscowem leczeniem jamy ust i podawaniem chininy wewnętrznie usunięto wszystkie zmiany.

IV. Kol. Kučera w odczycie »Bakteryologiczne rozpoznawanie gruźlicy« na podstawie własnego doświadczenia i zebranego piśmiennictwa podaje przegląd sposobów, jakimi rozporządza bakteryologia dla rozpoznania gruźlicy. Wychodząc z założenia ogólnie przyjętego, że »gruźlica« dziś jest pojęciem etyologicznem, omawia sposoby: I. bezpośredniego wykrywania prątków tbc. w wytworach gruźliczych; II. swoistego odczynu ustroju na wytwory prątków tbc. (tuberkulina); III. swoistego odczynu prątków na wytwory, zawarte w krwi u osób gruźliczych (odczyn aglutynacyjny).

Ad I. Wykazanie prątków gruźliczych dzieje się drogą mikroskopową, drogą hodowli lub wreszcie zapomocą doświadczenia na zwierzętach (specyalnie morskich świnkach). Co do drogi mikroskopowej omawia prelegent w krótkości wypróbowane metody barwienia, zwracając szczególną uwagę na drobnoustroje, barwiące się w podobny jak prątki gruźlicze sposób (*b. smegmatis, b. leprae* i szereg drobnoustrojów z grupy *bac. acidoresistans*, z których jeden rodzaj udało się prelegentowi znaleść w osadzie wody — zresztą czystej — i którego okaz barwiony metodą Ziehl-Neelsena demonstruje pod mikroskopem).

Z kolei omawia kol. Kučera zastosowanie metody mikroskopowej do rozmaitych wydzielin i wydalin (plwociny, mocz, kał, wypociny zapalne), i wspomina o najnowszem wzbogaceniu sposobów tych przez »inoskopię« Jousseta, która specyalnie w badaniu wypocin opłucnowych i otrzewnowych oddaje dobre wyniki, o czem prelegent miał sposobność się przekonać. Wykazywanie prątków gruźliczych zapomocą hodowli, jako metoda kliniczna, może mieć zastosowanie chyba tylko w modyfikacyach Hessego (hodowanie prątków w plwocinach na agarach z pożywką Heydena) lub Spenglera (poprzednie wykluczanie innych drobnoustrojów przez formalinę), w których to sposobach jednak prelegent niema doświadczenia.

Co do doświadczeń na zwierzętach, zawsze jeszcze najodpowiedniejszą jest morska świnka, tylko że nawet w niej nieraz trzeba dołączyć jeszcze badanie mikroskopowe zmian gruźliczych (ze względu na drobnoustroje pokrewne).

Ad II. Co do tuberkuliny, to referaty w czasopismach brzmią zachęcająco, specyalnie we »phthisis« rozpoczynającej się, a uchodzącej nieraz za »chlorosis«, o ile klinicysta korzysta z doświadczeń, uzyskanych w szeregu lat: stara tuberkulina Kocha, małe dawki, dwutrzyrazowe powtórzenie, dokładne mierzenie ciepłoty).

Ad III. Odczyn aglutynacyjny jak dotąd, nie wystarcza na pewne rozpoznanie gruźlicy. (*Autoreferat*).

W dyskusyi zabierają głos koledzy: Wehr i Silberstein.

Posiedzenie naukowe z dnia 23 października 1903 r.

Przewodniczący: kol. Łukasiewicz. Obecnych członków: 44.

I. Kol. przewodniczący odczytuje przysłaną odezwę, zapraszającą do wzięcia udziału w Kongresie higienicznym w Norymberdze.

Kol. Łukasiewicz podaje do wiadomości odezwę lekarzy z Królestwa Polskiego w celu popierania wyrobów swojskich z zakresu medycyny i wyszczególnieniem fabryk zakordonowych, które poszczególne środki wyrabiają.

II. Kol. Łukasiewicz przedstawia: *a*) chorą 32 lat z objawami grzybicy (*mycosis fungoides*), znaną zebraniu z ostatniego posiedzenia. U chorej zastosowano 9-krotne naświetlania promieniami Roentgena w miejscu wyrośli prawej strony twarzy. Po lewej stronie twarzy wycięto guzy. W miejscu naświetlanem utworzyła się nieznaczna blizna bez śladów nawrotu choroby. W miejscu wycięcia w bliźnie samej i obok powstały nowe guzy. U chorej, która okazuje znaczne zmiany na rękach i nogach, stosuje się w dalszym ciągu naświetlanie promieniami Roentgena. *b*) Chorą, 60 l. z objawami pęcherzycy (*pemphigus exfoliativus*). Chora od trzech miesięcy okazywała tylko zmiany na błonie śluzowej jamy ust. Od kilku dni wystąpiły rozsiane zmiany na całem ciele w postaci typowych pęcherzy.

Kol. Wehr demonstruje sposób przyrządzania katgutu jodowego, sposób wyjaławiania jego zapomocą jodu i jodku potasu (sposób podany z kliniki Blocha). Radzi rozpuścić wpierw 10 grm. jodku potasu w 100—200 grm. wody, a następnie dopiero dodać 10 grm. jodu. Katgut (5—6 nitek zwiniętych na szpulki Siberta) pozostaje w roczynie 8 dni. Przed użyciem wkłada się go do alkoholu, a później do wody karbolowej 1%, pozbawiającej go śliskości, jaką mu daje alkohol.

Badania wykazały jałowość katgutu w ten sposób przyrządzonego. Drażni on wprawdzie cokolwiek miejsca wkłucia, nie pociąga to jednak za sobą żadnych następstw. Prelegent używa katgutu Wisnera.

Kol. Barącz, podnosząc własności tak wyjałowionego katgutu, jako nietylko aseptyczne, ale i antyseptyczne, zwraca uwagę, że wynalazcą tego sposobu wyjaławiania jest Claudius. Co do katgutu radzi używać katgutu z fabryki braci Weber z Genewy. Katgut ten jest dobry i znacznie tańszy.

Kol. R. D. Rydygier uważa za najstosowniejsze zawijanie pojedynczych nitek na zwitki gazy (sposobem Kozłowskiego). Unika się w ten sposób ocierania o brzeg naczynia i można niezużyty przy operacyi katgut wyrzucić bez znaczniejszych strat.

W dyskusyi zabierają głos kol.: Skałkowski, Barącz, Wehr.

Kol. Gluziński omawia przypadek schorzenia u mężczyzny 42 lat, który zgłosił się do kliniki lekarskiej 6/X z objawami bólów głowy i wymiotów. U chorego znaleziono silną miażdżycę tętnic i żył obwodowych (*phlebo- et arteriosclerosis*), przerost lewego serca i mierną rozedmę płuc. Ciężar moczu wahał się między 1011—1015, białka 0·01. Rozpoznano mocznicę na tle zmian nerkowych miażdżycowych. Chory zmarł 17/X wśród ostrych objawów mocznicy, trwających trzy dni, i równocześnie powstałego zapalenia płuc. Przy sekcyi (prelegent demonstruje preparaty anatomo-patologiczne), znaleziono w jednej nerce puchlinę nerkową i zwapnienie tętnic (*hydronephrosis et arteriosclerosis*), w drugiej ostre zwyrodnienie miąższowe. (Wywiady wskazują na przebytą kiłę). Prelegent zwraca uwagę, że przy przewlekłem zajęciu jednej nerki mały stosunkowo powód (w tym przypadku częściowe zapalenie płuc) może sprowadzić w drugiej zdrowej nerce zmiany ostre, w wyniku swym doprowadzające do objawów ostrej mocznicy.

W dyskusyi zabierają głos kol.: Łukasiewicz, Ziembicki, Merunowicz, Gluziński, Moraczewski, Wehr.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 2 grudnia 1903 r.

Przewodniczący kol. Prof. Nowak. Obecnych członków 38.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany przyjęto.

II. Dyskusya do odczytu kol. Prof. Kleckiego: „O podstawach fizyologicznych antyalkoholizmu“.

W dyskusyi zabrał głos najpierw kol. Bier i omówił stanowisko lekarzy wobec alkoholizmu; twierdził, że lekarze może za często zapisują alkohol jako lek, zwłaszcza u dzieci i przez to przyczyniają się do rozpowszechnienia alkoholizmu. Zupełna abstynencya u lekarzy mogłaby wywrzeć bardzo ważny wpływ w tej kwestyi.

Kol. Prof. Ciechanowski zapytuje prelegenta, jak liczne doświadczenia wykonano co do wpływu małych dawek wyskoku i czy przy doświadczeniach były wykluczone zupełnie wpływy uboczne, jak n. p. samopoddawanie?

W odpowiedzi zaznacza kol. Prof. Klecki, że kwestya antyalkoholizmu jest dzisiaj w tak rozmaitych kierunkach i z rozmaitego punktu widzenia omawianą, że potrzebaby całego szeregu prac i odczytów, by ją tak wyświetlić, aby Towarzystwo lekarskie mogło w tej sprawie wypowiedzieć jakieś zdanie i zaznaczyć w tym kierunku swe stanowisko.

Ujemne działanie małych dawek alkoholu w doświadczeniach, przytoczonych przez prelegenta, było dosyć wybitne, a jedynie przy małych dawkach nie stwierdzono zbiorowego działania. W doświadczeniach, których ilość była stosunkowo znaczna, można stanowczo wykluczyć wszelkie uboczne wpływy, a więc i samopoddawanie.

W dalszej dyskusyi zabierali głos kol. przewodniczący, kol. Kwaśnicki i kol. prelegent, poczem uchwalono następujący wniosek:

„Towarzystwo wyraża życzenie, by przyszłoroczny zarząd Towarzystwa zajął się o ile możności sprawą antyalkoholizmu w porozumieniu z odpowiednią sekcyą przyszłorocznego Zjazdu we Lwowie“.

III. Kol. Wrzosek wygłosił zapowiedziany odczyt: »Uwagi nad patogenezą chorób zakaźnych«. (*Rzecz przeznaczona do druku*).

W dyskusyi podnosi kol. Prof. Ciechanowski ważność wyników, otrzymanych w pracach kol. prelegenta i kol. Rogozińskiego, rzucających pod pewnym względem nowe światło na kwestyę wrót zakażenia. Nie sądzi jednak, by przewód pokarmowy był tą wyłączną drogą zakażenia, gdyż drogi oddechowe muszą także zajmować w tym kierunku poważne miejsce. W końcu nawiązuje do najnowszej teoryi Behringa o zakażeniu gruźliczem. Teorya ta nie jest zdaniem mowcy dostatecznie uzasadnioną.

Kol. Eisenberg zapytuje kol. prelegenta, czy znajdował w tkankach dużą ilość osobników mikrobów, czy też małą? Teoryi Behringa, zdaniem kol. Eisenberga *a priori* potępiać nie można, gdyż ogólnie wiadomo, że mikroby w ustroju mogą w rzeczywistości skrycie przebywać przez długi czas.

Kol. Ciechanowski podnosi, że nie sama ilość mikrobów stanowi o zakażeniu, lecz także ich jadowitość, a równorzędnie z nimi stopień odporności ustroju.

Kol. Prof. Klecki i Kol. Droba zaznaczają, że w danej pracy nie chodzi ani o ilość, ani o jakość mikrobów, tylko o drogi, któremi się one do tkanek dostają.

Kol. prelegent zaznacza, że i mała ilość mikrobów może wywołać schorzenie przy wrażliwości ustroju, w dalszym ciągu z naciskiem podnosi jeszcze raz, że głównem źródłem zakażenia ustroju jest przewód pokarmowy.

W dalszym ciągu dyskusyi zabierali jeszcze głos koledzy: Herman Hirsch, Eisenberg, Prof. Ciechanowski i kol. przewodniczący. *Dobrowolski* sekretarz doroczny.

VII. Lekarz szkolny przy Uniwersytecie Jagiellońskim.

Notatka historyczna.

Dra Jana Lachsa w Krakowie.

(Dokończenie).

Dzieje fundacyi tej pokazują, że członkowie *collegii maioris* ściśle pod tym względem przestrzegali aktu fundacyjnego i wybierali z pośród siebie nowego lekarza „pauperum studiosorum“, ilekroć tylko posada ta się z jakiegokolwiek powodu opróżniła. W jednym tylko kierunku nie trzymano się ściśle woli testatora i egzekutorów testamentu Piotra z Poznania. Podług aktów fundacyjnych miało zawsze dwóch lekarzy starać się o dobro ubogich chorych; w ten bowiem sposób chciano zapobiedz zbytniemu przeciążeniu jednego lekarza. Dzieje fundacyi wykazują jednak, że na ściśle przestrzeganie aktów fundacyjnych należało długo czekać, bo aż do roku 1754, kiedy lekarzem obrano Stanisława Wadowskiego, który tę funkcyę pełnił jakiś czas równocześnie z Janem Camelinem.

Pierwszym lekarzem biednych studentów był Marcin Hozyusz, obrany nim już w r. 1580. Po nim piastowali tę godność kolejno Szymon Syreniusz, Gabryel Joannicius, Walenty Fontanus, Wojeński, Gabryel Ochocki, Jan Jarczyński, Jacek Łopacki, Jan Dzidowski, Antoni Laskiewicz, Jan Camelin, a prawie równocześnie z nim Stanisław Wadowski, Andrzej Badurski i jako ostatni Jan Nepomucen Lucy[21]).

Fundacya ta miała swego prowizora, wybieralnego wedle aktu fundacyjnego z pośród doktorów teologii, i to podobnie, jak lekarz, przez „communitatem collegii maioris“. Kiedy zaś w r. 1662 połączono z omawianą fundacyą i fundacyę Wojeńskiego, wybierano dla obydwóch połączonych fundacyi wspólnego prowizora. Obowiązkiem jego było utrzymywać w jak najlepszym stanie dom dla lekarza, czuwać nad dochodami fundacyi, układać do pewnego stopnia jej budżet, wypłacać rachunki i starać się, by była zawsze jakaś suma na leki zapewniona już z góry. On miał wraz z lekarzem układać się z aptekarzem, który miał dostarczać leków i być obecnym przy składaniu przysięgi przez lekarza ubogich studentów na początku jego urzędowania. Za te swoje czynności miał pobierać pewną stałą roczną kwotę. Wedle aktów fundacyjnych należało mu się rocznie 4 flp. Początkowo jednakowoż nie pobierał więcej nad 2 flp., a dopiero od r. 1584 po wejściu w życie fundacyi dla drugiego lekarza, przestrzegano pod tym względem ściśle woli testatorów. Ściśle natomiast trzymano się przepisu, wymagającego, by prowizor był doktorem teologii. Najczęściej wybierano ich z pośród księży przy kościele św. Floryana na Kleparzu. Na siedemnastu bowiem prowizorów, których nazwiska zdołaliśmy zebrać, znaleźliśmy aż jedenastu piastujących rozmaite wyższe godności przy wspomnianym kościele. Pierwszym prowizorem fundacyi był ksiądz Marcin z Pilzna, a po nim kolejno piastowali ten urząd, o ile stwierdzić mogliśmy, następujący: Jan Muscenius, Andrzej Schoneus, Jakób Turobojski, Daniel Sigonius, Albert Borowius, Jakób Piotrowski, Jakób z Ujścia, Jan Cynerski, Adam Młynkowicz, Stanisław Markiewicz, Józef Kolendowicz, Stanisław Filipowicz, Kazimierz Stępkowski, Paweł Polaczek i Józef Tomasz Szabel jako ostatni.

Leków dostarczał aptekarz, którego obierał prowizor po poprzedniem porozumieniu się z rektorem, z doktorami *collegii maioris* i lekarzem ubogich studentów. Aptekarza i wydawania leków miał obowiązek doglądać lekarz; należytość zaś za leki wypłacał co kwartał prowizor. Aby zaś pieniędzy na leki nie brakło, — gdyż w przeciwnym, razie byłaby instytucya lekarza i fundacya zupełnie złudną — („*Quoniam vero vix utile et expediens foret pauperibus aegrotis Medicum qui gratis ejsdem moderetur instituere nisi sumptus quoque pro pharmacis comparandis providerentur...*“) należało na początku każdego roku pozostawiać w ręku prowizora pewną sumę, przeznaczoną jedynie na leki. Obowiązkiem aptekarza było starać się, by leki były doborowe i by ich nie brakło nigdy. Gdyby zaś z jakiegokolwiek powodu nie odpowiedział swojemu zadaniu, przysługiwało prowizorowi prawo zerwania z nim każdej chwili układu, oraz

[21]) Niżej podana tablica wskaże lata, w których lekarze, prowizorowie i aptekarze pozostawali w stosunkach do fundacyi.

wyboru nowego aptekarza. W ten sposób dostarczali kolejno po sobie leków następujący aptekarze krakowscy: Florianus, Mikołaj Czebrowski, Krzysztof Brzozdowicz, Jan Neapolitan, Szymon Aptekarz, Piotr Gliwowicz, Chudziński, Soldadyni i Michał Szaster.

Obok zaopatrywania chorych studentów w lekarza, leki i pieniądze, pełniła nasza fundacya także funkcyę i... kasy pogrzebowej. W rachunkach ich bowiem znajdujemy wielokrotnie pomiędzy wydatkami pozycyę *„pro funere"*.

Z czasem upadły czynsze tych fundacyi. W r 1712 stanowiły jej dochody prawie wyłącznie czynsze ze wsi Łopaczycy opata tynieckiego i przyłączonej do nich *„fundationis Vitellianae et Woiensciana"* i od sumy umieszczonej na wsiach Zarogów, Wronin i Wroninek. Od roku 1752, jak udowadnia Kołłątaj, upadły i czynsze od ostatnich dwóch wsi[22]). Kamienica zaś dla lekarza wymagała tak znacznych restauracyi, że lwia część dochodów na nie się obracać musiała, wskutek czego używano nieznacznych tylko sum na właściwy cel. Tak n. p. w r. 1739 wydatki z powodu restauracyi przewyższały znacznie dochody. Stan ten trwał z małemi przerwami prawie aż do r. 1775, w którym ówczesny prowizor Szabel z żalem stwierdza, że nie mógł pozyskać żadnych dla fundacyi dochodów, a więc i nic wydać (*quoniam in anno 1775 nihil vindicare potui, nihilque expendi...*") Nie uratowało sytuacyi nawet wydzierżawienie w r. 1747 domu dla lekarza za roczną sumę 200 złp., gdyż więcej wynosił wydatek na utrzymanie samego budynku[23]). Tak działo się aż do r. 1779, kiedy na konwokacyi wydziału lekarskiego dnia 10 września dziekan postawił wniosek, by dom przy ulicy Wiślnej sprzedano i w ten sposób uratowano przynajmniej tę drobną sumę, jakąby przy sprzedaży osiągnąć było można. Równocześnie z tą uchwałą powzięto i drugą, jeszcze ważniejszą, mianowicie, by za pośrednictwem wizytatora szkół, którym był Kołłątaj, uproszono Komisyę edukacyjną, by jedną z dwóch pojezuickich kamienic oddała na własność Wydziałowi lekarskiemu z przeznaczeniem *pro medico pauperum studiosorum*. Komisya edukacyjna zgodziła się na obydwa wnioski Wydziału. Dom przy ulicy Wiślnej, będący niegdyś własnością Piotra z Poznania, a oszacowany na sumę 4185 flp, przyniósł po dwumiesięcznem trwaniu licytacyi sumę 5600 flp. Z uzyskanej przez sprzedaż sumy użyto 500 flp na restauracyę domów uniwersyteckich, a resztę sumy, t. j. 5100 flp., umieszczono na 5 od sta na ogrodzie Maryanich. Drugą część wniosku wypełniła komisya edukacyjna w ten sposób, że stosownie do życzenia profesorów oddała w r. 1779 z dwóch domów pojezuickich ten dla lekarza ubogich studentów, który był położony przy placu św. Szczepana. Pierwszym lekarzem w tym nowym domu został w r. 1780 Dr. Jan Nepomucen Lucy. Niedługo jednak trwała ta świetność. W r. bowiem 1785 sprzedała Szkoła Główna i tę kamienicę Oesterreicherowi, a z sumy otrzymanej ze sprzedaży spłaciła częścią dawniejsze długi, część zaś obróciła na rzecz ogrodu botanicznego, a resztę pozostałą miała ulokować na nieobciążonych kamienicach krakowskich[24]) A cóż się stało z posadą lekarza studentów? Od tej chwili nie łączyło się z nią więcej posiadanie domu dla lekarza. Szkoła główna zaś, w uznaniu potrzeby tej instytucyi, uregulowała dochody Lucego w ten sposób, że wyznaczyła 1200 złp. z dochodów, a nadto jeszcze 300 złp. z dochodów bursy Śmieszkowskiej. W zamian za to nałożyła na Lucego obowiązek bezpłatnego leczenia ubogich uczniów *„ad vitae tempora* z wszelką pilnością" i zrzeczenia się wszelkich pretensyi do kamienicy, położonej przy placu św. Szczepana, w której poprzednio mieszkał. Lucy był więc ostatnim lekarzem studentów z fundacyi Piotra z Poznania, który mieszkał w domu przeznaczonym dla tegoż lekarza. Następcy jego musieli się zadowolnić jedynie skromnem wynagrodzeniem za swoje czynności, a pierwszym lekarzem podług tej nowej mody został w r. 1787 Czerwiakowski. Wynagrodzenie jego za te czynności wynosiło 430 złp, zaś na leki otrzymywał na przeciąg całego roku 100 złp.[25]).

[22]) Kod. nr. 298 arch. sen.
[23]) Kod. nr. 398 arch. sen.
[24]) Kod. nr. 4 arch. sen.

Tabela lekarzy, prowizorów i aptekarzy fundacyi Piotra z Poznania.

Rok*)	Lekarz	Prowizor	Aptekarz	Uwagi
1580	Martinus Foxius		Florianus	
1581	„	Martinus Glicius Pilsnensis. Theol. Dr. Can. Crac. et Vratisl	„	
1590	Simon Sirenius med. Dr.	„	„	
1591	„	„	Nicolaus Czebrowski in platea castrensi	-
1592	„	Joannes Muscenius Curelouiensis S. Theolog. Dr. Praepos. S. Floriani. Can. Crac.	„	
1601	„	† Joannes Muscenius	„	
1602	„	Andreas Schoneus S. Theol. Dr. Custos S. Floriani. Parochus Payenensis.	„	
1607	„	„	Christophorus Brozdowic	Brozdowic, nazywany także w kod. nr. 141 Drozdowic i Drozdowski.
1611	Gabriel Joannicius	„	„	
1613	„	„	Joannes Neapolitanus	
1614	Valentinus Fontanus	„	„	
1615	„	Jacobus Turoboiski S. Th. Dr. S. Floriani Custos.	„	
1618	Mathias Woiiński med. Dr.	„	„	Woiiński, także Woieński.
1624	„	„	Simon Apothecarius	
1632	„	„	Petrus Gliwowicz	
1637	„	Daniel Sigonius. Th. Dr. Can. Crac.	„	
1638	„	Albertus Borovius S. Theol. Dr. Prof. S. Floriani custos.	„	
1642	„	Jacobus Piotrowski Can. S. Floriani.	„	„post liberam resignationem Ad. Rdi. D. Alberti Borouij" (Kod. nr. 64, arch. sen).
1648	† Mathias Woiiński.	Jacobus Usciensis S. Theol. Dr. Prof. S. Floriani Cleparid. et S. Georgi. Cracov. custos.	„	Bezpośrednich następców Gliwowicza nie mogliśmy odszukać, gdyż brak rachunków za czas od 1648 aż do r. 1711.
1649	Gabriel Ochocki med. Dr., Prof. Consul Crac.	„		
1653	„	Joannes Cynerski Canon. crac.		

[25]) Kod. nr. 27 arch. sen.

*) Data obok nazwiska oznacza rok objęcia urzędowania lekarza, aptekarza lub prowizora, względnie koniec urzędowania poprzednika, o ile nie jest wyraźnie inaczej zaznaczone.

Rok	Lekarz	Prowizor	Aptekarz	Uwagi
1662	"	Adamus Mlynkowicz S. Th baccalaureus et prof. Decanus S. Annae. Procurator Universitatis. Parochus Zieloneccensis etc.		W tym roku połączono fundacyę Piotra z Poznania z fundacyą Wojeńskiego i od tego czasu wybierano już dla obydwóch wspólnego prowizora. (Kod. nr. 64. arch. sen).
1676	Joannes Jarczyński med. Dr.	† Adamus Młynkowicz.		
1681	Hiacinthus Łopacki. med. Dr. Consul Cracov.			Bezpośredniego następcy Młynkowicza w prowizoryi nie mogliśmy odszukać.
1702	† Hiacinthus Łopacki.			
1703	Joannes Dzidowski med. Dr. Consul. Crac.			
1711	"	Sigismundus Lisowicz S. Th. baccalaureus. Prof. S. Floriani. Cleparidis Can.		
1714	"	"	Soldadyni	
1723	"	Stanislaus Markiewicz. S. Theol. Dr. Prof. Provisor Petricianus.	Soldadyni a równocześnie i Chudziński	Kiedy obrano Markiewicza prowizorem, nie wiadomo. Faktem jest, że już w roku nastepnym zrezygnował.
1724	"	Mathaeus Kolendowicz. S. Th. Prof. S. Floriani Canon. Provisor Petricianus.	Soldadyni	
1728	Antonius Laskiewicz.	"	"	
1729	"	"	Michał Szaster.	
1741	"	Stanislaus Filipowicz. S. Theol. Dr. Prof. S. Floriani Clep. Decanus.	"	
1753	Joannes Camelin, a równocześnie z nim	"	"	Kiedy Camelin został „ordinarius medicus pauperum stud.“ nie mogliśmy odszukać. Liber conclusionum wspomina o nim już w r 1753 jako o takim.
1754	Stanislaus Wadowski.	"	"	Księga konwokacyi (nr. 298 arch. sen.) wspomina o Wadowskim już w r. 1754, jako o lekarzu stud , podczas gdy rachunki fundacyi niniejszej o nim dopiero w r. 1765 jako o takim wspominają
1758	"	Casimirus Stepkowski. S. Th Prof., S. Floriani Canon.		
1759	"	Paulus Polaczek S. Th. Prof. S. Floriani Canon.		
1774	† Joannes Camelin, a po nim Andreas Badurski Phil. et Med. Dr.	Josephus Thomas Szabel. S Th. Dr. Prof. ecclesiarum collegiatarum Neo-Sandecensium. S. Annae Cracoviae Archiadiaconus.		
1780	Joannes Nep. Lucy.	"		Liber conclusionum

IIIV. Wiadomosci bieżące.

Kraków, dnia 24 grudnia

* D. 19 b. m. odbyło się posiedzenie pełnej Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej. Na wniosek prezydyum Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej uchwaliła Izba lekarska krakowska przystąpić z początkiem przyszłego roku do wydawania własnego organu sprawozdawczego. Ogół członków obu Izb niejednokrotnie wyrażał życzenie, dodajmy zupełnie uzasadnione, ażeby Izby więcej i wyraziściej ogła szały o swej działalności, zwłaszcza, że jest to i w interesie samych Izb, których milczenie podczas rozstrzygania ważnych zagadnień stanu lekarskiego mogłoby dać powód do szkodliwych nieporozumień i bałamuceń. Nowy organ ma wychodzić co miesiąc przy „Przeglądzie lekarskim“, będzie on pod względem redakcyjnym zupełnie samodzielnym i niezależnym od naszego tygodnika, a związany z nim tylko w części techniczno-administracyjnej; treść tego miesięcznika Izb będzie poświęcona głównie sprawozdaniom z czynności Izb galicyjskich; wszyscy członkowie obu Izb otrzymywać go będą bezpłatnie. Tym sposobem stworzy się podstawa do wzajemnego porozumiewania się zarządów obu Izb galicyjskich, a w dalszem następstwie i do wspólnego kierunku.

* W N. 27—28 miesięcznika „Żurnał medicinskoj chimii i organoterapii“ znajdujemy ocenę pracy Doc. Dr Lud. Korczyńskiego p. t. »Rozwój i obecne stanowisko organoterapii«, drukowanej w „Przeglądzie lekarskim“ i w „Wiener Klinik“. Autor odzywa się z uznaniem o rozprawie Dr. L Korczyńskiego, oświadcza, że zainteresowała ona tamtejszych lekarzy i że przygotowuje się jej przekład na język rosyjski

* W N. 12 »Liečničkiego Viestnika“ Dr. J. Karliński korzystnie ocenia wydawnictwo prof. dr. W. Jaworskiego p. t. »Nauka o chorobach wewnętrznych«.

W dalszym ciągu Dr. Karliński, biorąc asumpt z »Trzydziestego sprawozdania Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie«, zaznajamia lekarzy kroackich z instytucyą szpitala św. Ludwika w Krakowie i Kolonii leczniczej w Rabce.

* Dr. Jan Siedlecki, dyrektor szpitala w N Sączu, złożył 40 Koron na ręce Izby lekar. zachodnio-galicyjskiej, przyznaczając tę kwotę do funduszu zapomogowego dla wdów i sierot po członkach Izby.

* Pierwszy serbski Zjazd przyrodniczo-lekarski odbędzie się w połowie września 1904 r. Przewodniczącym Komitetu gospodarczego jest Dr. Danić. Członkiem może zostać każdy lekarz i przyrodnik szczepu słowiańskiego, którego interesuje rozwój nauk przyrodniczo-lekarskich. Językiem wykładowym Zjazdu może być każdy język słowiański.

* »Liečnički Viestnik«. organ lekarzy Kroacyi i Sławonii, obchodzi w styczniu 1904 r. dwudziestą piątą rocznicę swego założenia. N. 12 wyszedł w powiększonej objętości, zawiera 25-letnie dzieje tego czasopisma, oraz miniaturową podobiznę pierwszej strony pierwszego N. z r. 1877. Zasłużonemu i poważanemu miesięcznikowi, z którym od wielu lat łączy nas wymienny stosunek, życzymy szczerze dalszego pomyślnego rozwoju dla dobra nauki ojczystej.

* Włochy czynią wielki postęp w zakresie społecznej higieny. Urzędowa statystyka daje tego wspaniały dowód: w r. 1887 śmiertelność wynosiła 27‰, w r. zaś 1902 spadła do 22‰; osobliwie śmiertelność z chorób zakaźnych obniżyła się znacznie: na milion mieszkańców spadła śmiertelność z ospy z 549 na 73; z płonicy z 494 na 48; z duru brzusznego z 739 na 351; z błonicy z 952 na 139. Najmniejsze obniżenie przypada na gruźlicę: z 2161 na 1582.

* Kongres internistów niemieckich odbędzie się w Lipsku od 18 do 21 kwietnia 1904 r. pod przewodnictwem Dr. Merkela z Norymbergi.

* Kongres balneologów niemieckich odbędzie się pod przewodnictwem Dr. Liebreicha w Akwisgranie od 3 do 8 marca 1904 r.

Mianowania i odznaczenia. Tytuł profesora nadzwyczajnego otrzymali: Dr. Kuttner (internista) — w Berlinie. Dr. Reichenbach — w Getyndze; Doc. fizyologii Schöndorff — w Bonn. Następcą Kraepelina w Heidelberdze został prof. psychiatryi w Królewcu, Dr. Bonhöffer. Następcą Ziehena w Utrechcie mian został prof. Heilbronner.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Tadeusz Röhr, lat 41, — w Warsza-

wie. Dr. Władysław Kunicki, l. 67, — w Żytomierzu. Dr. Józef Kaszperowski, lat 67, — w Cudnowie na Wołyniu Dr. Antoni Tadeusz Skrzetuski, z Włocławka, lat 40 — w Warszawie.

Bibliografia:

— *Przegląd higieniczny* Nr. 12. Bier: O desinfekcyi po chorobach zakaźnych (dok.).

— *Odczyty kliniczne* Z. 10 i 11. Bychowski: Z współczesnych poglądów na etyologię i patogenezę wiądu rdzenia.

— *Gazeta lekarska* Nr. 50. Rydygier: Nowy pomysł leczenia *ectopiae vesicae urinariae*. Malinowski: O leczeniu płonicy surowicą swoistą. (c. d.). Dunin: Materyały do nauki o stwardnieniu tętnic (dok.). Starkiewicz i Gryglewicz: Ze statystyki gruźlicy płuc w oddziale wewnętrznym dawnego i nowego szpitala Dzieciątka Jezus. (dok.).

— *Medycyna* Nr. 50. Rydygier: Jaki sposób gastroenterostomii najbardziej się zaleca? Łapiński: Przyczynek do nauki o psychozach, powstających wskutek urazu głowy. (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr. 23. Fidler: Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych, oraz statystyka gruźlicy, dotycząca przeważnie gubernii radomskiej. (c. d.). Rzeczniowski: Podstawy psycho-fizyologicznej teoryi histeryi jako wynik metod doświadczalnych badania klinicznego szkoły Salpêtrière (c. d.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 12. Saks: Sprawozdanie z oddziału położniczego przy szpitalu im. małż. Poznańskich w Łodzi za lata 1900, 1901 i 1902. (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 50. Výmola: O zbytnění sliznice dolních lastur a jejím operativním odstranění. Barth: Novější náhledy o pathologii a therapii některých vad řeči. Heveroch: Glossy ku Haškovecově „Exofthalmus v nemoci Basedowově“.

— *La Presse médicale* Nr. 98. Béclère: Zastosowanie x-promieni w rozpoznawaniu akromegalii. Neukirch: W sprawie promienicy.

— Nr. 99. Debove: Aglicemia cukrzycy. Sicard i Infroit: Doświadczenia radiograficzne nad szybkością posuwania się ciał, wprowadzonych do przewodu pokarmowego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 50. Kiedy należy operować w zapaleniu ślepego jelita? Meyer: Doświadczenia z kąpielami falowemi Hoeglauera i źródłami anemi. Salus: Doświadczenia na zwierzętach, a gruźlica nerek; oraz przyczynek do nauki o moczu gruźliczych. Hauser: Cukromocz okresowy.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 50. Ernst: Budowa i znaczenie bakteryi. Jacobsohn: Tworzenie się niweczników po wstrzyknięciu zymazy. Hahn: Wpływ krwi i żółci na przebieg fermentacyi. Simnitzki: Uwagi w sprawie „komplementów“. Rehn: Wartość liczenia ciałek krwi w ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego. Oberndorfer: W sprawie urazowego zapalenia nerek. Thoenes: Gruźlica otrzewnej. Chrysospathes: Skuteczne leczenie x-promieniami mięsaka, nienadającego się do operacyi. Volhard: Siła wiązania alkaliów i miareczkowanie soku żołądkowego. Smith i Hofmann: Uwagi nad pracą Moritza: »Oznaczanie granic serca podług Smitha za pomocą forendoskopu«.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 51. Kapsammer: Kateteryzowanie moczowodów i czynnościowa dyagnostyka nerek. Föderl: Plastyka ubytków w kościach i chrząstkach. Hoffmann: O powolnem zanikaniu guza w górnej okolicy brzucha. Ehler: Przypad k zapalenia trzustki, połączonego ze stwardnieniem.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 51. Blumenthal: O zaczynie glikolitycznym. Goldschmidt: Surowica gruźlicza Marmorka. Oberwinter: O osutkach występujących po wstrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej, w szczególności o osutce podobnej do płonicy. Volkmann: Przyczynek do znieczulenia morfinowo-skopolaminowego. Puppel: Przeszkody połogowe. Grünbaum: O »twardej urazowej opuchlinie« grzbietu ręki. Tavel: Uwagi doświadczalne i kliniczne nad różnorodnością surowicy przeciwpaciorkowcowej (dok.). Tjaden: Zabijanie zarodków chorobotwórczych w mleku, obfitującem w serwatkę, zapomocą ogrzania bez uszkodzenia mleka i jego produktów.

Redakcya otrzymała. Serbeński: O naglącej potrzebie zorganizowania służby zdrowia w szkołach publicznych. Palmirski i Żebrowski: O płonicy pod względem bakteryologicznym i o leczeniu jej zapomocą surowicy swoistej.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 50 (od 13/XII do 19/XII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 23, dz. 18; nieżywo: chł. 2, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. —, kob. —; zamiejscowych: męż. 9, kob. 9.

	Przyczyna śmierci:	Miejscowi	Obcy
1	Niedostateczny rozwój	2	—
2	Gruźlica	7	6
3	Zapalenie płuc	5	—
4	Dławiec i błonica	—	1
5	Krztusiec	—	—
6	Ospa	—	—
7	Płonica	—	—
8	Odra	—	1
9	Dur osutkowy	—	—
10	Dur brzuszny	1	2
11	Czerwonka	—	—
12	Cholera azyatycka	—	—
13	Cholera dzieci	1	1
14	Cholera swojska	—	—
15	Gorączka połogowa	—	—
16	Zakażenie przyranne	—	—
17	Inne choroby zakaźne	—	—
18	Choroby przen. ze zwierząt	—	—
19	Krwotok mózgowy	1	1
20	Choroby narządu krążenia	1	2
21	Nowotwory	—	1
22	Inne przyczyny śmierci natur.	5	2
23	Śmierć przypadkowa	—	1
24	Śmierć gwałtowna	—	—
	Razem	23	18

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

L. 109/221. **Konkurs.**

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem rozpisuje niniejszem konkurs na posadę sekundaryusza w szpitalu powszechnym w **Jarosławiu.**

Kandydaci ubiegający się o tę posadę powinni najpóźniej do 10 stycznia 1904 r. wnieść podanie do Wydziału krajowego z dołączeniem:

a) Metryki urodzenia na dowód nieprzekroczonego 40-go roku życia;

b) Dowodu obywatelstwa austryackiego;

c) Dyplomu doktora wszech nauk lekarskich na jednym z Uniwersytetów Monarchii Austryackiej i upoważniającego do wykonywania praktyki lekarskiej.

Do posady tej przywiązaną jest płaca 1000 Koron rocznie.

We Lwowie, dnia 10 grudnia 1903.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.